**サービス提供票別表**

被保険者番号：　　　　　　　　　　利用者：　　　　　　　　　　　　　　　殿

区分支給限度額管理・利用者負担計算

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | 事業所番号 | サービス内容/種類 | サービスコード | 単位数 | 割引適用後 | 回数 | サービス単位数/金額 | 種類支給限度基準を超える単位数 | 種類支給限度基準内単位数 | 区分支給限度基準を超える単位数 | 区分支給限度基準内単位数 | 単位数単価 | 費用総額(保険対象分) | 給付率(％) | 保険給付額 | 利用者負担(保険対象分) | 利用者負担(全額負担分) |
| 率(％) | 単位数 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 区分支給限度基準額(単位) |  | 合計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

種類別支給限度管理

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス種類 | 種類支給限度基準額(単位) | 合計単位数 | 種類支給限度基準を超える単位数 | サービス種類 | 種類支給限度基準額(単位) | 合計単位数 | 種類支給限度基準を超える単位数 | サービス種類 | 種類支給限度基準額(単位) | 合計単位数 | 種類支給限度基準を超える単位数 |
| 訪問介護 |  |  |  | 短期入所生活介護 |  |  |  | 小規模多機能型居宅介護 |  |  |  |
| 訪問入浴介護 |  |  |  | 短期入所療養介護 |  |  |  | 認知症対応型共同生活介護(短期利用の場合) |  |  |  |
| 訪問看護 |  |  |  | 福祉用具貸与 |  |  |  | 複合型サービス |  |  |  |
| 訪問リハビリテーション |  |  |  | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |  |  |  | 合　計 |  |  |
| 通所介護 |  |  |  | 夜間対応型訪問介護 |  |  |  |
| 通所リハビリテーション |  |  |  | 認知症対応型通所介護 |  |  |  |

要介護認定期間中の短期入所利用日数

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 前日までの利用日数 | 当月の計画利用日数 | 累積利用日数 |
|  |  |  |