|  |  |
| --- | --- |
| サービス利用票別表・提供票別　　（７）第７表**区分支給限度管理・利用者負担計算** | 作成年月日　　　　　年　　月　　日 |
|  |
| 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／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 |
| 訪問介護 |  |  |  | 通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ |  |  |  |
| 訪問入浴介護 |  |  |  | 福祉用具貸与 |  |  |  |
| 訪問看護 |  |  |  | 短期入所生活介護 |  |  |  |
| 訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ |  |  |  | 短期入所療養介護 |  |  |  |
| 通所介護 |  |  |  | 合計 |  |  |

**要介護認定期間中の短期入所利用日数**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 前月までの利用日数 | 当月の計画利用日数 | 累積利用日数 |
|  |  |  |