作成年月日　　　年　　　月　　　日

サービス利用票・提供票　別表

第７表

**区分支給限度管理・利用者負担計算　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者番号　　　　　　　　　　　　被保険者氏名**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  | 短期入所生活介護 |  |  |  |
| 訪問入浴介護 |  |  |  | 短期入所療養介護 |  |  |  |
| 訪問看護 |  |  |  | 夜間対応型訪問介護 |  |  |  |
| 訪問リハビリテーション |  |  |  | 認知症対応型通所介護 |  |  |  |
| 通所介護 |  |  |  | 認知症対応型共同生活介護 |  |  |  |
| 通所リハビリテーション |  |  |  | 合　　計 |  | |  |
| 福祉用具貸与 |  |  |  |  | | | |

**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 |
|  |  |  |