|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 　　　　　　　　　　**サービス利用票別表****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 | 割引後 | 回数 | サービス単位／金額 | 給付管理単位数 | 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／事業対象分 | 給付率（％） | 保険／事業費請求額 | 定額利用者負担単価金額 | 利用者負担保険／事業対象分 | 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**

第７表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 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 |
|  |  |  |