

介護報酬確認表

事業所名: デイサービス八幡浜

サービス種別: 認知症対応型通所介護および介護予防認知症対応型通所介護

平成23年度分

No.	月	被保険者氏名	被保険者番号	保険者名	既請求				正当				差引 単位数	要返還額(円)		備考
					単位数	(*10円)	給付率 (%)	給付額	単位数	(*10円)	給付率 (%)	給付額		給付金	利用者 負担額	
1	4	八幡浜太郎	0000012345	八幡浜市	360	3,600	90	3,240	204	2,040	90	1,836	156	1,404	156	個別機能訓練加算 過誤調整
2	4	八幡浜花子	0000023456	八幡浜市	204	2,040	90	1,836	96	960	90	864	108	972	108	個別機能訓練加算 過誤調整
3	5	八幡浜太郎	0000012345	八幡浜市	372	3,720	90	3,348	312	3,120	90	2,808	60	540	60	個別機能訓練加算 過誤調整
4	5	八幡浜花子	0000023456	八幡浜市	264	2,640	90	2,376	144	1,440	90	1,296	120	1,080	120	個別機能訓練加算 過誤調整
合計					1,200	12,000	360	10,800	756	7,560	360	6,804	444	3,996	444	

(記入方法)

- ①本調書は、保険者毎、年度毎に作成する。
- ②対象者が多い場合は行及び通番は適宜追加して作成する。