

代表者
印

都 加 算 請 求 書 (短期入所)

日付は空欄にしてください。

できれば捨印を押印してください。

令和 年 月 日

(請 求 先)

文京区長

殿

請求事業者	指定事業所番号	1 3 1 0 5 0 0 0 0
	住所 (所在地)	〒 112-0003 東京都文京区春日1-1-1
	名称	社会福祉法人文京会
	代表者 職・氏名	理事長 文京 太郎

代表者
印

下記のとおり請求します。

サービス提供月	令和	0	3	年	0	4	月分
---------	----	---	---	---	---	---	----

明細書件数	20
-------	----

明細書の「当月都加算請求額」の合計金額を記入

請求金額		百万			千			円
	¥		2	0	0	0	0	0

金額の先頭に「¥」マークを入力

当初指定年月日 又は 福祉サービス第三者評価受審完了年月日	令和			年			月			日
----------------------------------	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

※当初指定年月日と福祉サービス第三者評価受審完了年月日のうち、近い方の年月日を記入してください。

※確認のため、「指定通知書」又は「福祉サービス第三者評価の評価機関が作成した評価調査結果報告書の表紙」の写しを添付してください。

※平成30年度から令和2年度までの間は空欄でも結構です。

請求担当者	氏名	文京 二郎
	連絡先	03-5803-0000

都加算額請求用

都加算明細書
(短期入所)

代表者印の押印は不要です。

令和 年 月 分

受給者証番号		事業所番号	
支給決定障害者		事業者	
支		地域区分	1級地
障害支援区分(障害児の障害の支援の区分)	6	類型	福祉型(旧身体療護)
		精神科医療連携体制加算	算定不可

都に届出ているタイプを選択してください。
また、旧都内単独型身体障害者療護施設(9施設)の場合は、「(旧身体療護)」がついているタイプを選択してください。

開始年月日

精神科医療連携体制加算の算定要件を満たしているものとして都に届け出た事業所で、当該利用者が「精神障害者」として支給決定されている場合は「算定可」にしてください。

サービスコード	サービス内容	算定単価額	利用日数	当月算定額	摘要
241111	#REF!	2,465	2	4,930	
241131	#REF!	1,840	1	1,840	
24					
24					
小計				①	6,770
246080	短期医療連携体制加算IV1	698			
246081	短期医療連携体制加算IV2	436			
246082	短期医療連携体制加算IV3	349			
249992	短期医療連携体制加算VII	列外より			
246068	短期医療連携体制加算VIII	790			
精神科医療連携体制加算		330			
精神医療連携体制加算を「算定可」とした場合、基本報酬の合計回数が自動的に入ります。				②	0
各明細書のこの欄の額を合計して請求書					
当月都加算請求額 (①+②)				6,770	円

国保連請求時に使う介護給付費等明細書の給付費明細欄のサービスコードを入力してください。

それぞれの利用日数を入力してください。

該当の利用者のみ、「医療連携VII」シートのD12欄の額を入力

各明細書のこの欄の額を合計して請求書

令和3年4月分

短期入所サービス提供実績記録票

受給者証 番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	支給決定障害者等氏名 (障害児氏名)	文京 花子	事業所番号	1	3	1	0	5	0	0	0	0
契約支給量	10日/月 区分6											事業者及び その事業所	社会福祉法人 文京会 ショートステイ文京									

日付	曜日	算定 日数	送迎加算		食事提供 加算	医療連携 体制加算	緊急短期 入所受入 加算	定員超過 特例加算	利用者 確認印	備考
			往	復						
5	木	1	1		1	1			印	日中は〇〇事業所を利用(昼食も〇〇事業所で取った)
6	金	1			1				印	
7	土	1		1					印	
合計		3日	2回		2回	1回			回	回

サービスの提供を受けた日のみ(=報酬の算定が可能な日のみ)、自署又は押印をお願いします。

日中活動を利用した場合は単価が変わるので、そのことが分かるように記載してください。

本人確認印又は自署によるサインがはっきり分かるようにコピーをしてください。