区別返還額・単位数内訳書

	中 央 区	(121012)
	花見川区	(121020)
○	稲 毛 区	(121038)
	若 葉 区	(121046)
	緑　　区	(121053)
	美 浜 区	(121061)

事業所番号	○○○○○○○○○○
事業所名	○○○○訪問介護事業所
サービス種類	訪問介護

・ 区(保険者)ごとに用紙を分けて作成してください。(該当区に「○」)
・ サービス提供月ごとではなく、利用者ごとにまとめて記載してください。
・ 適宜用紙を複写して使用してください。

No.	サービス提供月	被保険者番号	被保険者氏名		過誤申立(a)	再請求(b)	返還(a-b)	利用者負担分返還額	返還単位数の内訳
1	令和2年1月	1111111111	○○ ○○○	(単位数)	2,305	1,715	590		身体1（2回） 緊急時訪問介護加算
				(金　額)	22,923	17,055	5,868	652	
2	令和2年2月	1111111111	○○ ○○○	(単位数)	1,960	1,470	490		身体1（2回）
				(金　額)	19,492	14,618	4,874	541	
3	令和2年3月	1111111111	○○ ○○○	(単位数)	1,960	1,470	490		身体1（2回）
				(金　額)	19,492	14,618	4,874	541	
4	令和2年1月	2222222222	□□ □□□	(単位数)	1,180	980	200		初回加算
				(金　額)	10,431	8,663	1,768	492	
5	令和2年1月	3333333333	△△ △△△	(単位数)	1,940	1,560	380		身体2（5回）→身体1生活1（5回）
				(金　額)	17,149	13,790	3,359	840	
6	令和2年2月	3333333333	△△ △△△	(単位数)	1,552	1,248	304		身体2（4回）→身体1生活1（4回）
				(金　額)	13,719	11,032	2,687	672	
7				(単位数)					
8									
9									
				(金　額)					
10				(単位数)					
				(金　額)					
合　計			6件	(単位数)	10,897	8,443	2,454		
				(金　額)	103,206	79,776	23,430	3,738	

・ 過誤対象のサービス提供日以外も含めて、1名のご利用者様の1か月分の請求を1列に記載してください。
・ 金額はご利用者様の自己負担割合に応じて、9割～7割(1割～3割)で記入してください。
・ 介護職員(等特定)処遇改善加算も含んだ単位数・金額を記入してください。