

問題 3-1

確認済 申請中

平成 27年 5月分サービス提供票

居宅介護支援事業者 → サービス事業者

保険者番号	151001	保険者名	新潟市	居宅介護支援事業者事業所名	居宅介護支援事業所ケアワークス	作成年月日	年 月 日				
被保険者番号	1500372625	フリガナ 被保険者氏名	サタケ ジロウ 在宅 次郎 様	保険者確認印	ケアマネ じゅんこ	届出年月日	年 月 日				
生年月日	明・大・昭 14年2月10日	性別	男・女	要介護認定区分	支1 2 経 要1 2 3 4 5	区分支給 限度基準額	26,931 単位/月	限度額適用 期間	平成 26年 4月から 平成 27年 12月まで	前月までの 短期入所利 用日数	0 日
		変更後 要介護認定区分	支1 2 経 要1 2 3 4 5								
		変更部	平成 年 月 日								

提供 時間帯	サービス内容	サービス 事業者 事業所名	月間サービス計画及び実績の記録																																
			日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計
			曜日	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	回数
09:00 ~17:00	通所介護II33	デイサービス かがやき園	予定	1			1				1									1				1			1				1				7
	通所介護入浴介助 加算	デイサービス かがやき園	予定	1			1				1									1				1			1				1				7
	通所介護サービス 提供体制加算I	デイサービス かがやき園	予定	1			1				1									1				1			1				1				7
	併ユ短期生活I 3・未	短期入所介護 かがやき園	予定									1	1	1	1	1	1	1	1															8	
	短期生活サービス 提供体制加算I2	短期入所介護 かがやき園	予定									1	1	1	1	1	1	1	1															8	
	短期入所生活介護 送迎加算	短期入所介護 かがやき園	予定									1								1														2	
			実績																																
			予定																																
			実績																																

介護保険被保険者証			
有効期限	平成 27 年 12 月 31 日		
被 保 険 者	番号	1500372625	
	住所	950-0917 新潟市中央区天神 2 丁目	
	フリガナ	ザイタク ジロウ	
	氏名	在宅 次郎	
	生年月日	大正 14 年 2 月 10 日	性別
交付年月日	平成 26 年 4 月 1 日		
保険者番号並びに保険者の名称及び印	151001	新潟市	

要介護状態等	要介護 3	
認定年月日	平成 26 年 2 月 1 日	
認定の有効期間	平成 26 年 4 月 1 日～ 平成 27 年 12 月 31 日まで	
居宅のサービス	区分支給限度基準額	
	平成 26 年 4 月 1 日～ 平成 27 年 12 月 31 日まで 1 月当たり 26,931 単位	
(うち種類支給限度基準額)	サービス種類	種類支給限度基準額
認定審査会の意見及びサービスの種類の指定		

	内容	期間
給付制限		
居宅介護支援事業者およびその事業者の名称	居宅支援事業所ケアワークス 届出年月日 平成 24 年 2 月 1 日	
介護保険施設等	種類	
	名称	
	入所・入院年月日 退所・退院年月日	

事業所名称	居宅支援事業所ケアワークス
事業所番号	1500005342
事業所名称	短期入所介護かがやき園
事業所番号	1500008765
所在地	〒950-0917 新潟市中央区天神 2 丁目
電話番号	025-384-0000

問 短期入所介護かがやき園のレセプトを作成

【体制設備加算】

- ・短期生活処遇改善加算 I