# サービス利用票別表

## 区分支給限度管理・利用者負担計算

| 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 | 割引適用後 | | 回数 | サービス単位／金額 | 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（保険対象分） | 給付率（%） | 保険給付額 | 利用者負担(保険対象分) | 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

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 訪問介護 | | | | 通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ | | | |
| 訪問入浴介護 | | | | 福祉用具貸与 | | | |
| 訪問看護 | | | | 短期入所生活介護 | | | |
| 訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ | | | | 短期入所療養介護 | | | |
| 通所介護 | | | | 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 |
|---|---|---|
| | | |