

介護給付費縦覧確認表兼認知症短期集中リハビリテーション実施加算確認届 (平成〇〇年 〇月縦覧審査分)

認知症短期集中リハビリテーション実施加算は、過去3ヶ月間の間に、同加算を算定した実績がある場合は算定できません。下記の情報について、必要事項を記入してください。また、印字項目に誤りがありましたら訂正をして提出してください。

なお、提出していただいた内容について、本会から問い合わせすることがありますので、下記の「事業所担当者名」及び「連絡先(電話番号)」も記入してください。
この確認届は、平成〇〇年〇月〇日(〇)までに返送して下さい。

担当者名・連絡先(電話番号)を必ず記入してください

平成〇〇年〇月〇日
高知県国民健康保険団体連合会

指定事業所番号	9900000001	事業所名	介護老人保健施設〇〇□△
事業所担当者名		連絡先(電話番号)	

確認対象情報						前入所実績情報				入院情報記入欄				過誤する(下記※2参照)	
保険者番号	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	サービス種類	起算日摘要欄	施設名	サービス提供月	施設入所日	施設退所日	該当する区分(下記※1参照)	該当する区分が①以外の場合に記入				
											入院(所)先名称	入院(所)日	退院(所)日		
990001	9000000001	カイク イチロウ	H26/01	保健施設認知症短期集中リハ加算	20131028										
990001	9000000002	カイク シロウ	H26/05	保健施設認知症短期集中リハ加算	20140310	介護老人保健施設〇〇□△	H26.3	H26.03.10							
990001	9000000003	カイク サブロウ	H26/04	保健施設認知症短期集中リハ加算	20140207	介護老人保健施設〇〇□△	H26.1	H26.01.03							
990001	9000000004	カイク シロウ	H26/05	保健施設認知症短期集中リハ加算	20140310	介護老人保健施設〇〇□△	H26.3	H26.03.10							
990001	9000000005	カイク コロウ	H26/01	保健施設認知症短期集中リハ加算	20131017										

下記※1を参照し、①～③のいずれかを記入してください

過誤を行う場合は〇をしてください。基本的に翌月の過誤処理となります。介護保険者へ過誤申し出は不要です。

※1 該当する区分は、①入院なし、②脳血管疾患等の認知機能低下を来す中枢神経疾患を発症し入院、③②以外の病名での入院

※2 過誤を行う場合には〇を記入して下さい。