

認知症訪問支援サービス費明細書 ( 年 月審査分)

事業所番号		事業所名称	
-------	--	-------	--

被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供月	サービス内容	回数	単位	合計単位数	単価	報酬額	給付率	支給額	利用者負担額
		年 月									
		年 月									
		年 月									
		年 月									
		年 月									
		年 月									
		年 月									
		年 月									
		年 月									
		年 月									
		年 月									
		年 月									
		年 月									
		年 月									
		年 月									
		年 月									
支給額合計											

※「サービス内容」欄は、提供したサービス内容に応じて、下表の番号を記載してください。  
 また、被保険者1人につき、サービス内容ごとに1行の記載としてください。(例: 1被保険者が同月に①と②を利用した場合、2行に分けて記載)

- 【サービス内容】**

  - ① 不穏の解消
  - ② 搜索等
  - ③-1 介護者不在時等の見守り(介護者が自宅にいない場合)
  - ③-2 介護者不在時等の見守り(介護者が自宅にいる場合)
  - ④ 外出時の同行支援