

区分 更新

作成日： 令和6年7月25日

# 介護予防サービス利用票及び提供票

該当する区分  
を選択します

令和 6 年 8 月 1 日 ~ 令和 7 年 7 月 31 日 )

小野 太郎 様	事業所	おの居宅介護支援事業所	
生年月日	昭和10年9月5日	TEL	0794-63-1111
被保険者番号	10100011	FAX	0794-63-2222
保険者番号	282186	担当者	小野 花子

要介護度	要支援2	負担割合	1 割	区分支給限度額	10531単位
有効期間	令和 6 年 8 月 1 日 ~ 令和 8 年 7 月 31 日				

## 【週間予定表】

	月	火	水	木	金	土	日
午前			デイケア			デイケア	
午後	13:00~14:00 ヘルパー		9:30~ 15:45			9:30~ 15:45	
その他	歩行器貸与						

福祉用具など週間で表せないものを記載します

## 【利用明細（予定）】

区分支給 限度額	サービス事業所名	サービス内容/種類	単位数	回数	サービ ス単位	利用者 負担額
内	〇〇デイケア	通所リハビリ12	4228	1	4228	4228
	〇〇デイケア	科学的介護推進体制加算	40	1	40	40
					4268	
外	〇〇デイケア	サービス提供体制加算Ⅰ 2	176	1	176	176
	〇〇デイケア	処遇改善加算Ⅰ	386	1	386	386
		計				4830
内	□□ヘルパーステーション	訪問型独自サービスⅣ/2	262	4	1048	1048
					1048	
外	□□ヘルパーステーション	処遇改善加算Ⅱ	127	1	127	127
		計				1175
内	△△用具店	予防歩行器貸与	300	1	300	300
		計			300	300
合 計					5616	6305

## 【特記事項】

訪問型サービスの利用が月 5 回以上の場合、月 1150 単位となります。（加算別）  
1単位＝（小野市）10円 デイケアは1回につき食事代650円（おやつ込み）の負担があります。

## 【備考】

本用紙は、上記提供期間の開始月のみの発行となります。変更の際には随時発行いたします。

## 【実績報告】※サービス提供事業所記入欄

実績	変更なし	変更有（ ※利用明細（予定）に修正単位を記入ください。）
利用日	利用日〇、休み×、振替日△を 数字の上に記入ください。	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

切り取り線

【 小野 太郎 様 利用状況等報告書 ( ) 月分 】  
事業所名： 報告者：