

介護給付費縦覧確認表兼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)

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、施設に入所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、入院情報に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□□△△センター
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	カイト イチロウ	H26.4	保健施設短期集中リハ加算	20140106										
990001	9000000002	カイト シロウ	H26.4	保健施設短期集中リハ加算	20140322	介護老人保健施設 日立養力センター	H26.3	H25.11.02							
990001	9000000003	カイト サブロウ	H26.5	保健施設短期集中リハ加算	20140322	介護老人保健施設 日立養力センター	H26.3	H25.11.02							
990001	9000000004	カイト シロウ	H26.4	保健施設短期集中リハ加算	20140116										

下記※1を参照して、①～④のいずれかを記入してください

過誤を行う場合は〇を記入してください。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、②4週間以上の入院、③4週間未満の入院であるが、アまたはイに該当する状態、④4週間未満の入院であり、アまたはイに該当しない

- ア. 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳炎、急性脳症(低酸素脳症等)、髄膜炎等を急性発症した者
- イ. 上・下肢の複合損傷(骨、筋・腱・靭帯、神経、血管のうち三種類以上の複合損傷)、脊髄損傷による四肢麻痺(一肢以上)、体幹・上・下肢の外傷・骨折、切断・離断(義肢)、運動器の悪性腫瘍等を急性発症した運動器疾患又はその手術後の者

※2 過誤を行う場合には〇を記入して下さい。