

提出日の日付

※年度末の場合は3月31日

年 月 日

豊島区長

(申請者)

所在地

名称

代表者職・氏名

としまりハビリ通所サービス自立化加算相当費支給申請書兼請求書

としまりハビリ通所サービスにおける加算相当費支給要綱第4条第1項の規定により、自立化加算相当費について下記のとおり申請します。

自立化加算相当費（Ⅰ）の場合は、20,000円
自立化加算相当費（Ⅱ）の場合は、10,000円と記載

請求金額

¥ 20,000 円

対象者

被保険者氏名	豊島 ななまる
被保険者番号	01234567

事業所

事業所名	リハビリとしま
事業所番号	01234567

1,2,3 いずれかに○

自立化加算相当費（Ⅰ）

区分	<input checked="" type="radio"/> 1. としまりハビリ通所サービス終了後、サービス利用なし <input type="radio"/> 2. としまりハビリ通所サービス終了後、通所型サービス B を利用 <input type="radio"/> 3. としまりハビリ通所サービス終了後、通所型サービス C を利用		
としまりハビリ通所サービス開始日	令和○年4月1日	としまりハビリ通所サービス終了日	令和○年9月30日

どちらかにチェック✓

「区分」は該当するものに「○」をしてください。

自立化加算相当費（Ⅱ）

「自立化加算相当費（Ⅱ）」については、自立化加算相当費（Ⅱ）判定基準表を添付してください。

加算相当費の振込先

口座名義（カナ）	〇〇〇 〇〇〇
金融機関名	としま銀行
支店名	池袋 本店 ・ 支店
口座番号	01234567 普通 ・ 当座

自立化加算相当費（Ⅱ）の場合は、必要書類を添付

自立化加算相当費（Ⅱ）判定基準表

(利用者氏名) 豊島 ななまる	(実施日) 令和〇 年 9 月 30 日
(生年月日) 明治・大正・ 昭和 〇 年 〇 月 〇 日	利用者本人の主観で回答 (セルフチェックとして実施)

No.	質問項目	回答		基準値
日常生活関連動作				①□ 7以上
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ	4 /14
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ	
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ	
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ	
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ	
運動機能				②□ 3以上
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ	2 /5
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ	
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ	
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ	
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ	
低栄養状態				③□ 2つとも
11	6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	0 /2
12	BMIが18.5未満ですか BMI=体重(50kg)÷身長(1.55m)÷身長(1.55m)	1. はい	0. いいえ	
閉じこもり				④□ 13に該当
13	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ	0 /1
14	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ	

事務欄

提出日の日付

※年度末の場合は3月31日

年 月 日

豊島区長

(申請者)

所在地

名称

代表者職・氏名

としまリハビリ通所サービス副都心加算相当費支給申請書兼請求書

としまリハビリ通所サービスにおける加算相当費支給要綱第4条第2項の規定により、副都心加算相当費について下記のとおり申請します。

週あたりの利用定員の合計が10名以上の場合は50,000円、週あたりの利用定員の合計が10名未満の場合は2.利用定員×5,000円
複数月分をまとめて支給を受ける場合は、その合計金額を記載

1. 請求金額

¥ 35,000 円

2. 利用定員（週の合計利用定員）

7 人

対象月を記載

3. サービス提供年月日

令和0年4月 ~ 年 月 実施分

4. 事業所

事業所名	リハビリとしま
事業所番号	01234567

5. 加算相当費の振込先

サービス提供表または国保連への請求情報が分かるものの写しと一緒に提出してください。

口座名義（カナ）	〇〇〇 〇〇〇	
金融機関名	としま銀行	
支店名	池袋	本店 ・ 支店
口座番号	01234567	普通 ・ 当座