様式第８号（第１２条関係）

介護報酬確認表

事業所名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　サービス種類：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年度分

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 月 | 被保険者  番　　号 | 被保険者  氏　　名 | 既　請　求 | | | | 正　当　額 | | | | 差　引  単位数 | 要返還額（円） | | 備　　考 |
| 給付額 | 利用者  負担額 |
| 単位数 | （＊１０円） | 給付率  (%) | 給付額 | 単位数 | （＊１０円） | 給付率  (%) | 給付額 |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合　　　　　計 | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（記入方法）

(１)　この確認表は、年度ごとに作成してください。

(２)　対象者が多い場合は、行及び通番は適宜追加して作成してください。