（参考様式）

ADL維持等加算に係る計算書

※「ADL維持等加算に係る届出書」（別紙19）の内容と一致するようにしてください。

事業所名：	
担当者：	
連絡先電話番号：	

(1) 評価対象者番号	(2) 要介護度３～５に該当するか	(3) 評価対象利用開始月の12か月以内に初回の要介護認定を受けたか	(4) 評価対象利用開始月とその６月目において、評価結果の報告を行ったか	(5) ADL利得上位85%に該当する者のADL利得の数（該当しない場合は空欄）
例１	○	○	○	0
例２	×	×	○	-1
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				
	0人	0人	0人	0

※評価対象者番号から、評価対象者が特定できるよう、事業所内で名簿等の整理をおこなってください。

※合計は自動計算されます。

※行が足りない場合は適宜追加してください。