

## Faktureringsunderlag - vård- och omsorgsboende år 2021

Namn på äldreboendet

Månad som avses

	Antal faktiskt belagda platser under månaden	Antal dygn i månaden	Äldrepeng	Kronor
Somatisk avdelning	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2098	0
Demensavdelning	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2319	0
<b>Totalt</b>	<input type="text" value="0"/>			<input type="text" value="0"/>

### Redovisning av tomplatser under månaden

Ersättning för 10 dygn ingår alltid när ett rum blir tomt.

Somatisk tomdygnspris 1998.

Demens tomdygnspris 2219.

OBS avdrag skall redovisas på respektive månad som avses.

Rumsnummer	Datum	Antal dygn	belopp per dygn	Tilläggsbelopp
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
				0
<b>Totalt tilläggsbelopp, kronor</b>				<b>0</b>

**Totalt månadsbelopp att fakturera**

**0**

Ifylld blankett ska skickas som underlag tillsammans med fakturan.