

公費負担者番号										平成		年		月分							
公費受給者番号										保険者番号											
被保険者	被保険者番号 (フリガナ)										事業所番号										
	氏名																事業所名称				
	生年月日 1.明治 2.大正 3.昭和 年 月 日 性別 1.男 2.女										所在地 〒 -										
	要支援状態区分 要支援1・要支援2																連絡先 電話番号				
	認定有効期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで																				
介護予防サービス計画		2.被保険者自己作成 3.介護予防支援事業者作成										入所年月日		平成		年		月		日	
		事業所番号										退所年月日		平成		年		月		日	
		事業所名称										短期入所 実日数									
基本摘要		摘要種類										内容									
給付費明細欄	サービス内容		サービスコード		単位数		回数 回数 日数		サービス単位数		公費分 回数等		公費対象単位数		摘要						
					合計																
緊急時施設診療費	緊急時傷病名		① ② ③		緊急時治療 開始年月日		①平成 ②平成 ③平成		年		年		月		日						
	緊急時治療管理(再掲)		単位		単位×		日														
	特定治療	リハビリテーション		点		摘要															
		処置		点																	
		手術		点																	
		麻酔		点																	
放射線治療		点																			
		合計		点																	
往診日数		医療機関名		通院日数		医療機関名															
特別診療費	傷病名																				
	識別番号		内容		単位数		回数		保険分単位数		公費回数		公費分単位数		摘要						
					合計																
請求額集計欄	区分		保険分				公費分				保険分特定治療・特別診療費				公費分特定治療・特別診療費						
	①計画単位数																				
	②限度額管理対象単位数																				
	③限度額管理対象外単位数																				
	④給付点数・単位数																				
	⑤点数・単位数単価		円/単位				10円/点・単位				10円/点・単位										
	⑥給付率		/100				/100				/100				/100						
	⑦請求額(円)																				
⑧利用者負担額(円)																					
特定入所者 介護予防サービス費	サービス内容		サービスコード		費用単価(円)		負担限度額		日数		費用額(円)		保険分		公費日数		公費分		利用者負担額		
					合計																
											保険分 請求額(円)		公費分 請求額						公費分本人負担月額		
										枚中		枚目									