

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										事業所番号								
	(フリガナ)																事業所名称		
	氏名										所在地 〒								
	生年月日		1.明治 2.大正 3.昭和		性別		1.男 2.女		連絡先 電話番号										
	要介護状態区分		要介護 1・2・3・4・5																
認定有効期間		平成		年		月		日		から		平成		年		月		日まで	

入所年月日		平成		年		月		日		退所年月日		平成		年		月		日		入所実日数		外泊日数	
主傷病										入所前の状況 1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他 9.介護医療院													
退所後の状況										1.居宅 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院 9.介護医療院入所													

給付費明細欄	サービス内容		サービスコード	単位数	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								

往診日数		医療機関名		通院日数		医療機関名	
------	--	-------	--	------	--	-------	--

特別療養費	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・特別療養費	公費分特定治療・特別療養費
	①点数・単位数合計				
	②点数・単位数単価	円/単位		10円/点・単位	10円/点・単位
	③給付率	/100	/100	/100	/100
	④請求額(円)				
⑤利用者負担額(円)					

介護サービス費	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