

地域密着型サービス介護給付費明細書
 (認知症対応型共同生活介護（短期利用）)

公費負担者番号																				
公費受給者番号																				

平成			年			月分														
保険者番号																				

被保険者	被保険者番号																						
	(フリガナ)																						
	氏名																						
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和																	性別	1. 男	2. 女
	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	

請求事業者	事業所番号																						
	事業所名称																						
	所在地	〒																					
	連絡先	電話番号																					

居宅サービス計画	1.居宅介護支援事業者作成 2.被保険者自己作成																					
	事業所番号																					
	事業所名称																					

入居年月日	平成			年			月			日
退居年月日	平成			年			月			日
短期利用 実日数										

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							

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	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給付単位数		
	⑤単位数単価	円/単位	
	⑥給付率	/100	/100
	⑦請求額（円）		
⑧利用者負担額（円）			

枚中	枚目
----	----