

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書
 (特定施設入居者生活介護（短期利用）・地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用）)

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										
	(7カケ)										
	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	入居年月日	平成		年		月		日	
	事業所番号	事業所名称	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									

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