

様式第十 (附則第二条関係)

施設サービス等介護給付費明細書
(介護療養施設サービス)

| | | | | | | |
|---------|--|-------|--|---|--|----|
| 公費負担者番号 | | 令和 | | 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) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | 1. 平成 | | 年 | | 月 | | 日 | から | 2. 令和 | | 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 | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--|--|---|--|---|--|---|-------|----|--|--------|---|---|--|---|-------|--|------|--|--|
| 入院年月日 | 1. 平成 | | 年 | | 月 | | 日 | 退院年月日 | 令和 | | 年 | | 月 | | 日 | 入院実日数 | | 外泊日数 | | |
| 主傷病 | | | | | | | | | | | 入院前の状況 | 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 | | | | | | | | |
| 退院後の状況 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 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 | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-------|------|----|-----|----|--------|------|--------|----|--|--|--|
| 特定診療費 | 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 | 保険分特定診療費 | 公費分特定診療費 |
| | ①単位数合計 | | | | |
| | ②単位数単価 | 円/単位 | | 10円/単位 | 10円/単位 |
| | ③給付率 | /100 | /100 | /100 | /100 |
| | ④請求額(円) | | | | |
| ⑤利用者負担額(円) | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--------------|--------|---------|---------|-------|----|-----------|-----|--------|-----|-----------|
| 特定入所者介護サービス費 | 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 |