

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										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															

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	令和			年			月			日		
	事業所番号													
	事業所名称													
												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)		