様式第六の五(附則第二条関係)

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								

令和			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	年 月 日	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 2. 令和	年 月 日	から	
		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	
	事業所番号	
	事業所名称	

入居年月日	令和	年	月	日
退居年月日	令和	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

備考　この用紙は、A列4番とすること。