様式第六の四(附則第二条関係)

# 介護予防サービス介護給付費明細書
## (介護予防特定施設入居者生活介護)

| 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)<br>氏名 | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 1. 明治 2. 大正 3. 昭和<br>年 月 日 | | | | | | 性別 | 1. 男 2. 女 | | |
| | 要支援状態区分 | 要支援1・要支援2 | | | | | | | | | |
| | 認定有効期間 | 1. 平成<br>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 | | | | | | | | | |

| 入居年月日 | 1. 平成<br>2. 令和 | | 年 | | 月 | | 日 | 退居年月日 | 令和 | | 年 | | 月 | | 日 | 入居実日数 | | 外泊日数 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 入居前の状況 | 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<br>7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退居後の状況 | 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<br>9. 介護医療院入所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 給付費明細欄 | サービス内容 | サービスコード | 単位数 | 回数<br>日数 | サービス単位数 | 公費分<br>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外部利用型給付上限単位数 | | |
| | ②外部利用型上限管理対象単位数 | | |
| | ③外部利用型外給付単位数 | | |
| | 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 |
|---|---|---|---|