様式第三(附則第二条関係)

居宅サービス介護給付費明細書

(短期入所生活介護)

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)											
	氏名											
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和								性別	1. 男 2. 女	
				年			月			日		
	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									

入所年月日	令和			年			月			日
退所年月日	令和			年			月			日
短期入所 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)			

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

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率		%	受領すべき利用者負担の総額(円)	軽減額(円)	軽減後利用者負担額(円)	備考
	21	短期入所生活介護					

	枚中		枚目