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。