

様式第二（附則第二条関係）

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護)

[illegible]

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									
	要介護状態区分	経過的要介護・要介護 1・2・3・4・5														
認定有効期間	平成			年			月			日	から					
	平成			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										

開始 年月日	平成			年			月			日	中止 年月日	平成			年			月			日
中止 理由	1.非該当 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																				

[illegible][illegible]

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
	11	訪問介護						
	15	通所介護						
	71	夜間対応型訪問介護						
	72	認知症対応型通所介護						
	73	小規模多機能型居宅介護						