

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										平成										年		月分	
公費受給者番号										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														
	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		〒 ー																				
	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		平成				年				月				日									
退所年月日		平成				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							