

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										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		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																																				
入居年月日		平成				年				月				日																									
退居年月日		平成				年				月				日																									
短期利用 実日数																																							
居室サービス計画	1.居室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																																						
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
--	----	--	----