

様式第九 (附則第二条関係)

施設サービス等介護給付費明細書  
(介護保健施設サービス)

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 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	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

入所年月日	平成 年 月 日	退所年月日	平成 年 月 日	入所実日数		外泊日数	
主傷病	退所後の状況 1.居宅 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						

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

緊急時施設療養費	緊急時傷病名	① ② ③	緊急時治療開始年月日	①平成 ②平成 ③平成	年 年 年	月 月 月	日 日 日	
	緊急時治療管理(再掲)	単位	単位×	日				
	特定治療	リハビリテーション	点	摘要				
		処置	点					
		手術	点					
		放射線治療	点					
	合計	点						
往診日数	医療機関名	通院日数	医療機関名					

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定治療	公費分特定治療
	①点数・単位数合計				
	②点数・単位数単価	円/単位		10円/点	10円/点
	③給付率	/100	/100	/100	/100
	④請求額(円)				
⑤利用者負担額(円)					

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	