

様式第六の三（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  
 （特定施設入居者生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護）

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成		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	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

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															

入居年月日	平成		年		月		日	退居年月日	平成		年		月		日	入居実日数		外泊日数	
退居後の状況	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																		

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外部利用型給付上限単位数		
	②外部利用型上限管理対象単位数		
	③給付単位数		
	④単位数単価	円/単位	
	⑤給付率	/100	/100
	⑥請求額（円）		
	⑦利用者負担額（円）		