

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										事業所番号					
	(フリガナ) 氏名															事業所名称
	生年月日										所在地					
	要介護状態区分															連絡先
	認定有効期間										電話番号					
1.明治 2.大正 3.昭和										〒						
性別 1.男 2.女										-						
平成 年 月 日 から										電話番号						
平成 年 月 日 まで																
入所年月日										入所実日数						
退所年月日										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						
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															
緊急時施設療養費	緊急時傷病名										緊急時治療開始年月日					
											平成 年 月 日					
	緊急時治療管理(再掲)										単位 × 日					
	リハビリテーション										点					
	処置										点					
	手術										点					
麻酔										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						
特別療養費	傷病名															
	識別番号										内容					
											単位数					
											回数					
										保険分単位数						
										公費回数						
										公費分単位数						
										摘要						
合計																
請求額集計欄	区分		保険分		公費分		保険分特定治療・特別療養費		公費分特定治療・特別療養費							
	点数・単位数合計															
	点数・単位数単価		円/単位		円/単位		10円/点・単位		10円/点・単位							
	給付率		/100		/100		/100		/100							
	請求額(円)															
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							
	合計															
					保険分 請求額(円)		公費分 請求額		利用者負担額 公費分本人負担月額							
枚中 枚目																