

様式第四 (附則第二条関係)

居宅サービス介護給付費明細書
(介護老人保健施設における短期入所療養介護)

| | | | | | | |
|---------|--|-------|--|---|--|----|
| 公費負担者番号 | | 令和 | | 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 | 1.平成 | | 年 | | 月 | | 日 | から | 2.令和 | | 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 | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|----------|---------------|------------|----------|------|--|---|--|---|--|---|
| 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 | 入所年月日 | 1.平成 | | 年 | | 月 | | 日 |
| | 事業所番号 | | 退所年月日 | 令和 | | 年 | | 月 | | 日 |
| | 事業所名称 | | 短期入所 実日数 | | | | | | | |

| 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 | ① | | | 緊急時治療開始年月日 | ①令和 | | 年 | | 月 | | 日 | |
| | | ② | | | | ②令和 | | 年 | | 月 | | 日 | |
| | | ③ | | | | ③令和 | | 年 | | 月 | | 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 | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |

| 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 |
|--------------|------|------|---------------|---------------|
| 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給付点数・単位数 | | | | |
| ⑤点数・単位数単価 | | 円/単位 | 10円/点・単位 | 10円/点・単位 |
| ⑥給付率 | /100 | /100 | /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 | |