

様式第三 (附則第二条関係)

居宅サービス介護給付費明細書
(短期入所生活介護)

公費負担者番号									
公費受給者番号									

令和			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	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			
	事業所番号			
	事業所名称			

入所年月日	1.平成			年		月		日
退所年月日	2.令和			年		月		日
短期入所 実日数								

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)		

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	

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率		%	受領すべき利用者負担の総額 (円)	軽減額 (円)	軽減後利用者負担額 (円)	備考
	21	短期入所生活介護					