

様式第六 (附則第二条関係)

地域密着型サービス介護給付費明細書  
(認知症対応型共同生活介護 (短期利用以外))

|         |  |       |  |   |  |    |
|---------|--|-------|--|---|--|----|
| 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    |               |       |       |    |      |      |    |  |  |  |

|        |   |  |   |  |   |  |   |       |    |  |   |  |   |  |   |       |  |      |  |
|--------|---|--|---|--|---|--|---|-------|----|--|---|--|---|--|---|-------|--|------|--|
| 入居年月日  | 1. 平成   |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 退居年月日 | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 入居実日数 |  | 外泊日数 |  |
| 入居前の状況 | 1. 居宅 2. 医療機関 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院 |  |   |  |   |  |   |       |    |  |   |  |   |  |   |       |  |      |  |
| 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 9. 介護医療院入所                |  |   |  |   |  |   |       |    |  |   |  |   |  |   |       |  |      |  |

| 給付費明細欄 | サービス内容 | サービスコード | 単位数 | 回数<br>日数 | サービス単位数 | 公費分<br>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単位数合計      |      |      |
|        | ②単位数単価      | 円/単位 |      |
|        | ③給付率        | /100 | /100 |
|        | ④請求額 (円)    |      |      |
|        | ⑤利用者負担額 (円) |      |      |