

様式第二（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

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・小規模多機能型居宅介護(短期利用)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用))

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									請求事業者	事業所番号								
	(フリガナ)								事業所名称										
	氏名																		
	生年月日	1.明治			2.大正		3.昭和		性別		1. 男	2. 女	〒						
				年			月								日				
	要介護状態区分	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	まで				
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									

開始 年月日	平成		年		月		日	中止 年月日	平成		年		月		日
中止 理由	1.非該当 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														

[illegible]

給付費明細欄	(住所地特例 対象者)	サービス内容				サービスコード				単位数	回数	サービス単位数				公費分 回数	公費対象単位数				施設所在 保険者番号	摘要

[illegible]

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