

### 様式第六の三 (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

(特定施設入居者生活介護(短期利用以外)・地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用以外))

公費負担者番号	.....	.....	.....	.....	.....	.....		
公費受給者番号	.....	.....	.....	.....	.....			
被保険者 番号 (ワガナ) 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

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								