

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										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																			
	(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	平成			年			月			日	から									
	平成			年			月			日	まで									
請求事業者	事業所番号																			
	事業所名称																			
	所在地	〒			一															
	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		平成			年			月			日									
退所年月日		平成			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																		