

様式第六の七（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)・地域密着型特定施設入居者生活介護 (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																
	(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					
				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						

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											

入居年月日	平成			年			月			日	
退居年月日	平成			年			月			日	
短期利用 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）								

	枚中		枚目
--	----	--	----