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・
夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護）

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				
(ﾌﾘｶﾞﾅ)				
氏名				
生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和 年　月　日	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	〒　－	
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		

給付費明細欄

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	摘要

請求額集計欄

①サービス種類コード／②名称					
③サービス実日数	日	日	日	日	
④計画単位数					
⑤限度額管理対象単位数					
⑥限度額管理対象外単位数					給付率（/100）
⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥					保険
⑧公費分単位数					公費
⑨単位数単価	円／単位	円／単位	円／単位	円／単位	合計
⑩保険請求額					
⑪利用者負担額					
⑫公費請求額					
⑬公費分本人負担					

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
11	訪問介護				
15	通所介護				
71	夜間対応型訪問介護				
72	認知症対応型通所介護				
73	小規模多機能型居宅介護				