

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		〒 -																																				
	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																														
	計画単位数																																						
	限度額管理対象単位数																																						
	限度額管理対象外単位数																																						
	給付単位数																																						
	単位数単価						円 / 単位																																
	給付率						/ 100						/ 100																										
	請求額（円）																																						
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																																				