

様式第六の五（附則第二条関係）

地域密着型サービス介護給付費明細書
(認知症対応型共同生活介護(短期利用))

公費負担者番号												
公費受給者番号												
被保険者 （ワガナ） 氏名 生年月日 要介護状態区分 認定有効期間	被保険者番号											
	1.明治 2.大正 3.昭和				性別	1.男 2.女						
		年		月				日				
	要介護1・2・3・4・5											
	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
--	----	--	----