

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																	