

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										平成 年 月																						
公費受給者番号										保険者番号																						
被保険者	被保険者番号																			請求事業者	事業所番号											
	(フリガナ)																				事業所名称											
	氏名																				所在地	〒										
	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																			連絡先	電話番号											
	平成 年 月 日 まで																															
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																				入居年月日 平成 年 月 日											
	事業所番号																				退居年月日 平成 年 月 日											
	事業所名称																				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																				
	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）																																