

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									
公費受給者番号									

平成			年			月分		
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	経過的要介護・要介護 1・2・3・4・5								
認定有効期間	平成			年			月		日	
	平成			年			月		日	

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 回数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
	合計								

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							