

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書  
 (特定施設入居者生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護)

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	から	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																				

入居年月日	平成			年			月			日	退居年月日	平成			年			月			日	入居実日数					外泊日数				
退居後の状況	1.居宅 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院																														

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
	外部利用型給付上限単位数		
	外部利用型上限管理対象単位数		
	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)		