

施設サービス等・地域密着型サービス介護給付費明細書  
 (介護福祉施設サービス・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)

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			旧措置入所者特例	1.無 2.有															
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																				

入所年月日	平成			年			月			日	退所年月日	平成			年			月		日	入所実日数			外泊日数		
退所後の状況	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
	単位数合計		
	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
	51	介護福祉施設サービス				
	54	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				