様式第９

施設サービス等介護給付費明細書
（介護保健施設サービス）

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	
(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名	
生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和　年　月　日
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

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	
主傷病								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							

緊急時施設療養費

緊急時傷病名	① ② ③	緊急時治療開始年月日	①平成　年　月　日 ②平成　年　月　日 ③平成　年　月　日	
緊急時治療管理（再掲）		単位	単位×	日

特定治療				摘要
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ		点		
処置		点		
手術		点		
麻酔		点		
放射線治療		点		
合計		点		

往診日数		医療機関名		通院日数	医療機関名

請求額集計欄

区分	保険分	公費分	保険分特定治療	公費分特定治療
①点数・単位数合計				
②点数・単位数単価	円／単位		10 円／点	10 円／点
③給付率	／100	／100	／100	／100
④請求額（円）				
⑤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

	枚中		枚目