

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・小規模多機能型居宅介護(短期利用)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用))

公費負担者番号, 公費受給者番号, 令和 年 月分, 保険者番号, 被保険者番号, (フリガナ), 氏名, 生年月日, 性別, 要介護状態区分, 認定有効期間, 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

開始年月日, 1. 平成, 2. 令和, 年, 月, 日, 中止年月日, 令和, 年, 月, 日, 中止理由, 1. 非該当, 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, 9. 介護医療院入所

給付費明細欄 table with columns: サービス内容, サービスコード, 単位数, 回数, サービス単位数, 公費分回数, 公費対象単位数, 摘要

給付費明細欄 (住所地特例対象者) table with columns: サービス内容, サービスコード, 単位数, 回数, サービス単位数, 公費分回数, 公費対象単位数, 施設所在保険者番号, 摘要

請求額集計欄 table with rows ①-⑬ and columns for units, amounts, and rates

社会福祉法人等による軽減欄 table with columns: 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

介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書

（介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防居宅療養管理指導・介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）・介護予防小規模多機能型居宅介護（短期利用））

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---|--|---------|---|------|------------------|------|--------|---------|--------------|-------|----------------|---------|----|---------------|--|-----------|--|--|--|--|
| 公費負担者番号 | | | | | | | | | | 令和 | | 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 | | | | | | | | | | 事業所番号 | | | | | | | | | | |
| | (フリガナ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | 事業所名称 | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 年 月 日 性別 1. 男 2. 女 | | | | | | | | | | 所在地 | | | | | | | | | | |
| 要支援状態区分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要支援 1・要支援 2 | | | | | | | | | | 連絡先 | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 平成 2. 令和 年 月 日 から 年 月 日 まで | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | |
| 介護予防サービス計画 | | 2. 被保険者自己作成 | | | | | | | | | | 3. 介護予防支援事業者作成 | | | | | | | | | |
| | | 事業所番号 | | | | | | | | | | 事業所名称 | | | | | | | | | |
| 開始年月日 | | 1. 平成 2. 令和 | | | | | | | | | | 中止年月日 | | | | | | | | | |
| | | 年 月 日 | | | | | | | | | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 中止理由 | | 1. 非該当 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 9. 介護医療院入所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付費明細欄 | サービス内容 | | サービスコード | | 単位数 | | 回数 | | サービス単位数 | | 公費分回数 | | 公費対象単位数 | | 摘要 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付費明細欄 (住所地特例対象者) | サービス内容 | | サービスコード | | 単位数 | | 回数 | | サービス単位数 | | 公費分回数 | | 公費対象単位数 | | 施設所在 保険者番号 | | 摘要 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請求額集計欄 | ①サービス種類コード ②名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ③サービス実日数 | | 日 | | 日 | | 日 | | 日 | | | | | | | | | | | | |
| | ④計画単位数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑤限度額管理対象単位数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑥限度額管理対象外単位数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）+⑥ | | | | | | | | | | | | | | | | 給付率（/100） | | | | |
| | ⑧公費分単位数 | | | | | | | | | | | | | | | | 保険 | | | | |
| | ⑨単位数単価 | | 円/単位 | | 円/単位 | | 円/単位 | | 円/単位 | | 円/単位 | | 円/単位 | | 円/単位 | | 公費 | | | | |
| | ⑩保険請求額 | | | | | | | | | | | | | | | | 合計 | | | | |
| | ⑪利用者負担額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑫公費請求額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑬公費分本人負担 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

変更

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 (短期利用以外))

| | | | | | | |
|---------|--|-------|--|---|--|----|
| 公費負担者番号 | | 令和 | | 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 1. 平成 | 年 | 月 | 日 | から | | | | | | | | | | | |
| | 2. 令和 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|-------|----|---|---|---|-------|------|--|
| 入居年月日 | 1. 平成 | 年 | 月 | 日 | 退居年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 入居実日数 | 外泊日数 | |
| 入居前の状況 | 1. 居宅 2. 医療機関 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院 | | | | | | | | | | | |
| 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 9. 介護医療院入所 | | | | | | | | | | | |

| 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 |
|--------|------------|------|------|
| ① | 単位数合計 | | |
| ② | 単位数単価 | 円/単位 | |
| ③ | 給付率 | /100 | /100 |
| ④ | 請求額 (円) | | |
| ⑤ | 利用者負担額 (円) | | |

変更

地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防認知症対応型共同生活介護 (短期利用以外))

| | | | | | | |
|---------|--|-------|--|---|--|----|
| 公費負担者番号 | | 令和 | | 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 | | | | | | | |
| | 要支援状態区分 | 要支援 2 | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 1. 平成 | | | | 年 | | | | 月 | | | 日 | から |
| | 2. 令和 | | | | 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 | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|-------|----|--|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|-------|------|
| 入居年月日 | 1. 平成 | | | | 年 | | | | 月 | | | | 日 | 退居年月日 | 令和 | | | | 年 | | | | 月 | | | | 日 | 入居実日数 | 外泊日数 |
| 入居前の状況 | 1. 居宅 2. 医療機関 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 9. 介護医療院入所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 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 | | | | | | | | |

| | 区分 | 保険分 | 公費分 |
|--------|-------------|-----|------|
| 請求額集計欄 | ①単位数合計 | | |
| | ②単位数単価 | | 円/単位 |
| | ③給付率 | ▲ | /100 |
| | ④請求額 (円) | | |
| | ⑤利用者負担額 (円) | | |

変更

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 (短期利用以外)・地域密着型特定施設入居者生活介護 (短期利用以外))

| | | | | | | |
|---------|--|-------|--|---|--|----|
| 公費負担者番号 | | 令和 | | 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 1. 平成 | 年 | 月 | 日 | から | | | | | | | | | | | |
| | 2. 令和 | 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 _____ | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|-------|----|---|---|---|-------|------|--|
| 入居年月日 | 1. 平成 | 年 | 月 | 日 | 退居年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 入居実日数 | 外泊日数 | |
| 入居前の状況 | 1. 居宅 2. 医療機関 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院 | | | | | | | | | | | |
| 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 9. 介護医療院入所 | | | | | | | | | | | |

| 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 |
|--------|-----------------|-----|------|
| | ①外部利用型給付上限単位数 | | |
| | ②外部利用型上限管理対象単位数 | | |
| | ③外部利用型外給付単位数 | | |
| | ④給付単位数 | | |
| | ⑤単位数単価 | | 円/単位 |
| | ⑥給付率 | | /100 |
| | ⑦請求額 (円) | | |
| | ⑧利用者負担額 (円) | | |

変更

介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防特定施設入居者生活介護)

| | | | | | | |
|---------|--|-------|--|---|--|----|
| 公費負担者番号 | | 令和 | | 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 | | | | | | | |
| | 要支援状態区分 | 要支援 1・要支援 2 | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 1. 平成 | | | | 年 | | | | 月 | | | 日 | から |
| | 2. 令和 | | | | 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 | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|---|--|--|--|---|-------|--|--|--|---|-------|----|--|--|--|---|---|--|--|---|-------|------|
| 入居年月日 | 1. 平成 | | | | 年 | 2. 令和 | | | | 年 | 退居年月日 | 令和 | | | | 年 | 月 | | | 日 | 入居実日数 | 外泊日数 |
| 入居前の状況 | 1. 居宅 2. 医療機関 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 9. 介護医療院入所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 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 |
|--------|-----------------|-----|------|
| | ①外部利用型給付上限単位数 | | |
| | ②外部利用型上限管理対象単位数 | | |
| | ③外部利用型外給付単位数 | | |
| | ④給付単位数 | | |
| | ⑤単位数単価 | | 円/単位 |
| | ⑥給付率 | ▲ | /100 |
| | ⑦請求額 (円) | | /100 |
| | ⑧利用者負担額 (円) | | |

様式第八 (附則第二条関係)

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)

変更

| | | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 公費負担者番号 | | | | | | | | | | | |
| 公費受給者番号 | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|
| 令和 | | | | | | 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 | 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 | 1.平成 2.令和 | | 年 | 月 | 日 | から | | | | | | |
| | 令和 | | 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 | 1.平成 2.令和 | 年 | 月 | 日 | 退所年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 入所実日数 | 外泊日数 | |
| 入所前の状況 | 1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他 9.介護医療院 | | | | | | | | | | | |
| 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 9.介護医療院入所 | | | | | | | | | | | |

| 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 |
|-------------|----------|------|------|
| | ①単位数合計 | | |
| | ②単位数単価 | 円/単位 | |
| | ③給付率 | /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 | |

| 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 | | | | |

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)

変更

公費負担者番号
公費受給者番号

令和 年 月 分
保険者番号

被保険者
被保険者番号
(7カガナ)
氏名
生年月日
性別
要介護状態区分
認定有効期間

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
主傷病
退所後の状況
入所前の状況
入所実日数
外泊日数

給付費明細欄
サービス内容
サービスコード
単位数
回数
サービス単位数
公費分回数等
公費対象単位数
摘要

所定疾患施設療養費
緊急時治療管理
特定治療
往診日数
医療機関名
通院日数
医療機関名

特別療養費
傷病名
識別番号
内容
単位数
回数
保険分単位数
公費回数
公費分単位数
摘要

請求額集計欄
区分
保険分
公費分
保険分特定治療・特別療養費
公費分特定治療・特別療養費

特定入所者
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

