

様式第三 (附則第二条関係)

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 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

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 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
①計画単位数		
②限度額管理対象単位数		
③限度額管理対象外単位数		
④給付単位数		
⑤単位数単価	円/単位	
⑥給付率	/100	/100
⑦請求額 (円)		
⑧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				