様式第六の五（附則第二条関係）

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））

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

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	

入居年月日	平成	年	月	日			
退居年月日	平成	年	月	日			
短期利用　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							

請求額集計欄

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）		

	枚中		枚目