

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		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 2. 令和	年	月	日	から	令和	年	月	日
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		入所年月日	令和		年		月		日
	事業所番号		退所年月日	令和		年		月		日
	事業所名称		短期入所 実日数							

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

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)		

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				

