

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)

公費負担者番号, 公費受給者番号, 令和 年 月 日, 保険者番号

被保険者 (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

入所年月日, 退所年月日, 入所実日数, 外泊日数, 入所前の状況, 退所後の状況

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

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, ③給付率, 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, 口数, 費用額(円), 保険分, 公費口数, 公費分, 利用者負担額

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