

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							平成			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		
			年			月			日				
	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								

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）								

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					