

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 |  | 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 |    |    |  |   |  |   |  |   |    |
|        | 要介護状態区分 | 要介護 1・2・3・4・5 |      |      | 旧措置入所者特例 | 1.無 | 2.有 |    |    |  |   |  |   |  |   |    |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|        |  |  |   |  |   |  |   |       |    |  |   |  |   |  |   |       |  |      |  |
|--------|--|--|---|--|---|--|---|-------|----|--|---|--|---|--|---|-------|--|------|--|
| 入所年月日  | 平成   |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 退所年月日 | 平成 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 入所実日数 |  | 外泊日数 |  |
| 入所前の状況 | 1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他 |  |   |  |   |  |   |       |    |  |   |  |   |  |   |       |  |      |  |
| 退所後の状況 | 1.居宅 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院                 |  |   |  |   |  |   |       |    |  |   |  |   |  |   |       |  |      |  |

| 給付費明細欄 | サービス内容 | サービスコード | 単位数 | 回数<br>日数 | サービス単位数 | 公費分<br>回数等 | 公費対象単位数 | 摘要 |  |
|--------|--------|---------|-----|----------|---------|------------|---------|----|--|
|        |        |         |     |          |         |            |         |    |  |
|        |        |         |     |          |         |            |         |    |  |
|        |        |         |     |          |         |            |         |    |  |
|        |        |         |     |          |         |            |         |    |  |
|        |        |         |     |          |         |            |         |    |  |
|        |        |         |     |          |         |            |         |    |  |
|        |        |         |     |          |         |            |         |    |  |
|        |        |         |     |          |         |            |         |    |  |
|        |        | 合計      |     |          |         |            |         |    |  |

| 区分         | 保険分  | 公費分  |
|------------|------|------|
| ①単位数合計     |      |      |
| ②単位数単価     | 円/単位 |      |
| ③給付率       | /100 | /100 |
| 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 | 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<br>請求額(円) |     | 公費分<br>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 |
|---------------|-----|----------------------|------------------|--------|--------------|----|
|               | 51  | 介護福祉施設サービス           |                  |        |              |    |
|               | 54  | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |                  |        |              |    |