

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 | 年 | 月 | 日 | から | | | | | | |
| | 2.令和 | 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 | 1.平成 | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| | | 退所年月日 | 令和 | 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 | | | | |