

様式第三（附則第二条関係）

7143

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	
公費受給者番号	

平成		年		月分	
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	平成		年		月		日	から	平成		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										
	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								

区分	保険分	公費分
計画単位数		
限度額管理対象単位数		
限度額管理対象外単位数		
給付単位数		
単位数単価	円/単位	
給付率	/ 100	/ 100
請求額（円）		
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				