

様式第九(附則第二条関係)

7 1 9 4

施設サービス等介護給付費明細書
(介護保健施設サービス)

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
	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	

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
主傷病	入所前の状況				
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 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																		

緊急時施設療養費	緊急時傷病名	緊急時治療開始年月日				平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
	緊急時治療管理(再掲)	単位	単位	単位	×	日						
	リハビリテーション	点					摘要					
	処置	点										
	手術	点										
	麻酔	点										
	放射線治療	点										
	合計	点										
往診日数	医療機関名						通院日数			医療機関名		

特別療養費	傷病名	摘要											
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数					摘要	
		合計											

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定治療・特別療養費	公費分特定治療・特別療養費
	点数・単位数合計				
	点数・単位数単価	円 / 単位		10 円 / 点・単位	10 円 / 点・単位
	給付率	/ 100	/ 100	/ 100	/ 100
	請求額(円)				
利用者負担額(円)					

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

枚中 枚目