様式第六（附則第二条関係）

7171

地域密着型サービス介護給付費明細書

（認知症対応型共同生活介護（短期利用以外））

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					
(ﾌﾘｶﾞﾅ)					
氏名					
生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和	年	月	日	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	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	

入居年月日	平成		年		月		日	退居年月日	平成		年		月		日	入居実日数		外泊日数		
退居後の状況	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							

請求額集計欄	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）				

	枚中		枚目