

様式第六の五（附則第二条関係）

7175

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））

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																		

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																			

入居年月日	平成			年			月			日															
退居年月日	平成			年			月			日															
短期利用 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
	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）			