

様式第九（附則第二条関係）

7194

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		平成		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	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										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 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
	緊急時治療管理（再掲）	単位	単位 ×	日															
	特定治療	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										
	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	