様式第五（附則第二条関係）

居宅サービス介護給付費明細書

（病院・診療所における短期入所療養介護）

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	

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							

特定診療費

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	保険分特定診療費	公費分特定診療費
①計画単位数				
②限度額管理対象単位数				
③限度額管理対象外単位数				
④給付単位数				
⑤単位数単価	円／単位		10 円／単位	10 円／単位
⑥給付率	／100	／100	／100	／100
⑦請求額（円）				
⑧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

	枚中		枚目