様式第二（附則第二条関係）

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

（訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・
夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護）

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

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	

開始年月日	平成			年			月			日	中止年月日	平成			年			月			日
中止理由	1.非該当　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	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要

請求額集計欄

①サービス種類コード／②名称						
③サービス実日数	日	日	日	日		
④計画単位数						
⑤限度額管理対象単位数						
⑥限度額管理対象外単位数						給付率（/100）
⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥						保険
⑧公費分単位数						公費
⑨単位数単価	▲　円／単位	▲　円／単位	▲　円／単位	▲　円／単位		合計
⑩保険請求額						
⑪利用者負担額						
⑫公費請求額						
⑬公費分本人負担						

社会福祉法人等による軽減欄

軽減率	▲　%	受領すべき利用者負担の総額（円）	軽減額（円）	軽減後利用者負担額（円）	備考
11	訪問介護				
15	通所介護				
71	夜間対応型訪問介護				
72	認知症対応型通所介護				
73	小規模多機能型居宅介護				

	枚中		枚目