様式第三（附則第二条関係）

居宅サービス介護給付費明細書
（短期入所生活介護）

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	

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							

請求額集計欄

区分	保険分	公費分
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	
⑥給付率	／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

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
	21	短期入所生活介護				

	枚中		枚目