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