様式第六の五（附則第二条関係）

地域密着型サービス介護給付費明細書

（認知症対応型共同生活介護（短期利用））

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											

入居年月日	平成		年		月		日
退居年月日	平成		年		月		日
短期利用　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）		

	枚中		枚目