

様式第六 (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 (短期利用以外))

|         |  |       |  |   |  |    |
|---------|--|-------|--|---|--|----|
| 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                     |                                    |
|        | (フリガナ)                     |                                    |
|        | 氏名                         |                                    |
|        | 生年月日                       | 1.明治 2.大正 3.昭和<br>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<br>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 |

|        |   |       |          |       |      |
|--------|---|-------|----------|-------|------|
| 入居年月日  | 平成 年 月 日  | 退居年月日 | 平成 年 月 日 | 入居実日数 | 外泊日数 |
| 入居前の状況 | 1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護<br>7.特定施設入居者生活介護 8.その他 |       |          |       |      |
| 退居後の状況 | 1.居宅 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<br>日数 | サービス単位数 | 公費分<br>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単位数合計   |      |      |
|             | ②単位数単価   | 円/単位 |      |
|             | ③給付率     | /100 | /100 |
|             | ④請求額 (円) |      |      |
| ⑤利用者負担額 (円) |          |      |      |