

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										令和			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									性別	1. 男 2. 女							
				年				月											
	要介護 状態区分	要介護 1・2・3・4・5																	
認定有効 期間	1. 平成				年				月				日	から					
	2. 令和 令和				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	1.平成 2.令和			年			月				日
退所年月日	令和			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					