

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										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																								
	要介護状態区分		要介護 1・2・3・4・5																																				
認定有効期間		1. 平成 2. 令和		年		月		日		から		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																																							
入居年月日		1. 平成 2. 令和		年		月		日		退居年月日		令和		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
--	----	--	----