

様式第四の四 (附則第二条関係)

介護予防サービス介護給付費明細書
(介護医療院における介護予防短期入所療養介護)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|-----------|-------------|-------|-------------|----|----------------|------|---------|----------|---------------|-------|---------|----|---------------|----|-------------------|---|--------|--|---|--|---|--|---|--|---|--|---|--|
| 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) | | | | | | | | | | 事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | 事業所名称 | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 1.明治 2.大正 3.昭和 性別 1.男 2.女 | | | | | | | | | | 所在地 〒 - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要支援状態区分 要支援1・要支援2 | | | | | | | | | | | | | | | | 連絡先 電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| | 認定有効期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防サービス計画 2.被保険者自己作成 3.介護予防支援事業者作成 | | | | | | | | | | 入所年月日 | | 平成 | | 年 | | 月 | | 日 | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | | | | | | | | | | 退所年月日 | | 平成 | | 年 | | 月 | | 日 | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | | | | | | | | | | 短期入所 実日数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 基本摘要 | | | | | | | | | | 摘要種類 | | | | | | 内容 | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付費明細欄 | サービス内容 | | サービスコード | | 単位数 | | 回数 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急時施設診療費 | 緊急時傷病名 | | ① ② ③ | | 緊急時治療管理(再掲) | | | | 単位 | | 単位× | | 日 | | 緊急時治療開始年月日 | | ①平成 ②平成 ③平成 | | 年 | | 年 | | 月 | | 月 | | 日 | | 日 | |
| | 特定治療 | リハビリテーション | | 点 | | 摘要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 処置 | | 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 手術 | | 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 麻酔 | | 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 放射線治療 | | 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 往診日数 | | | | 医療機関名 | | | | 通院日数 | | | | 医療機関名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特別診療費 | 傷病名 | | 識別番号 | | 内容 | | 単位数 | | 回数 | | 保険分単位数 | | 公費回数 | | 公費分単位数 | | 摘要 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 合計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請求額集計欄 | 区分 | | 保険分 | | | | 公費分 | | | | 保険分特定治療・特別診療費 | | | | 公費分特定治療・特別診療費 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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給付点数・単位数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑤点数・単位数単価 | | 円/単位 | | | | 10円/点・単位 | | | | 10円/点・単位 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑥給付率 | | /100 | | | | /100 | | | | /100 | | | | /100 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑦請求額(円) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑧利用者負担額(円) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特定入所者 介護予防サービス費 | 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 | | | | | | | | | | | | | |
| 枚中 枚目 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |