

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			
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5											
認定有効期間	1. 平成											日	から
	2. 令和											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						年			月		日
退所年月日	2. 令和						年			月		日
短期入所 実日数												

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							

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)		

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					