

施設サービス等介護給付費明細書  
(介護療養型医療施設)

公費負担者番号									
公費受給者番号									

平成		年		月		分	
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	1・2・3・4・5								
認定有効期間	平成		年		月		日	から		
	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								

入院年月日	平成		年		月		日	退院年月日	平成		年		月		日	入院実日数		外泊日数	
主傷病													退院後の状況		1. 居宅	2. 介護保険施設	3. 医療機関入院		
															4. 死亡	5. その他			

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								

特定診療費	区分	保険分(単位)	公費分(単位)	傷病名
	1. 指導管理等			摘要
	2. 単純1ヶ線			
	3. リハビリテーション			
	4. 精神科専門療法			
	5.			
	6.			
合計				

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
	単位数合計				
	単位数単価		円 / 単位	10 円 / 単位	10 円 / 単位
	給付率	/100		/100	/100
	請求額(円)				
利用者負担額(円)					

食事費用欄	食事提供費				標準負担額(月額)	食事提供費請求額	標準負担額
	基本	日数	単価	金額			
	特別食						
延べ日数	公費日数		合計	公費請求分			