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	
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 年　月　日	性別	1. 男　2. 女		
要介護状態区分	要支援・1・2・3・4・5				
認定有効期間	自 年 月 日 から 至 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	自	年	月	日	
退所年月日	自	年	月	日	
短期入所 実日数					

サービス提供日

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

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