居宅サービス介護給付費明細書
（病院・診療所における短期入所療養介護）

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	㐂　年　月　日から
		㐂　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	㐂　年　月　日	
退所年月日	㐂　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							

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.	単純ｴｯｸｽ線				
3.	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ				
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
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		１０円／単位	１０円／単位
⑥給付率	/100	/100	/100	/100
⑦請求額（円）				
⑧利用者負担額（円）				

	枚中		枚目