居宅サービス介護給付費明細書

（痴呆対応型共同生活介護・特定施設入所者生活介護）

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	㊎　年　月　日から
		㊎　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

入所年月日	㊎			年			月			日	退所年月日	㊎			年			月			日	入所実日数			外泊日数			
退所後の状況	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単位数合計		
②単位数単価	円／単位	
③給付率	/100	/100
④請求額（円）		
⑤利用者負担額（円）		

	枚中		枚目