

施設サービス等介護給付費明細書  
(介護老人福祉施設)

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	年	月	日										
	要介護状態区分	要支援等・1・2・3・4・5				旧措置入所者特例	1.無	2.有												
	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																		

入所年月日	平成	年	月	日	退所年月日	平成	年	月	日	入所実日数										
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			
	単位数合計								
	単位数単価				円/単位				
	給付率			/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											