

**様式第五**（附則第二条関係）

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										令和								年				月分																	
公費受給者番号										保険者番号																													
被 保 険 者	被保険者 番号																			請 求 事 業 者	事業所 番号																		
	(フリガナ)																				事業所 名称																		
	氏名																				所在地	〒				-													
	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	要介護 1・2・3・4・5																																					
認定有効 期間	1. 平成																				連絡先	電話番号																	
	2. 令和																																						
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																			入所年月日	1. 平成			年			月			日									
	事業所番号																			退所年月日	令和			年			月			日									
	事業所名称																			短期入所 実日数																			
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	傷病名																																						
	識別番号	内 容				単位数				回数	保険分単位数				公費回数	公費分単位数				摘要																			
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）																																						
特 定 入 所 者 介 護 サ ー ビ ス 費	サービス内容	サービスコード				費用単価(円)		負担限度額		日数	費用額(円)		保険分		公費日数	公費分		利用者負担額																					
	合計																																						
											保険分 請求額(円)				公費分 請求額				公費分本人負担月額																				