

様式第六の五（附則第二条関係）

地域密着型サービス介護給付費明細書
(認知症対応型共同生活介護（短期利用）)

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																		
	(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											
	要介護状態区分		要介護 1・2・3・4・5																
認定有効期間	1. 平成 2. 令和		年		月		日		から										
	令和		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																

入居年月日		1. 平成 2. 令和		年		月		日			
退居年月日		令和		年		月		日			
短期利用 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																	

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）												