

様式第三 (附則第二条関係)

居宅サービス介護給付費明細書 (短期入所生活介護)

公費負担者番号		平成		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	要支援・1・2・3・4・5										
認定有効期間	種	年	月	日	から							
	種	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										

短期入所計画日数	日	サービス提供日	1	2	3	4	5	6	7
			8	9	10	11	12	13	14
短期入所実日数	日	サービス提供日	15	16	17	18	19	20	21
			22	23	24	25	26	27	28
			29	30	31				

サービス内容	サービスコード	単位数	課税日数	サービス単位数	公費分	公費対象単位数	摘要
					単位数		
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

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第四 (附則第二条関係)

居宅サービス介護給付費明細書
(介護老人保健施設における短期入所療養介護)

公費負担者番号				平成 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	要支援・1・2・3・4・5									
認定有効期間	種	年	月	日	から						
	種	年	月	日	まで						
請求事業者	事業所番号										
	事業所名称										
所在地	〒										
	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					
短期入所計画日数	日	サービス提供日	1	2	3	4	5	6	7		
	日	サービス提供日	8	9	10	11	12	13	14		
短期入所実日数	日	サービス提供日	15	16	17	18	19	20	21		
	日	サービス提供日	22	23	24	25	26	27	28		
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 単位数	公費対象単位数	概要			
							合計				
緊急時施設療養費	緊急時 傷病名	① ② ③				緊急時治療 開始年月日	① 平成 ② 平成 ③ 平成	年	月	日	
	緊急時治療管理(再掲)	単位	単位×	日							
	特定治療	リハビリテーション	点	概要							
		処置	点								
		手術	点								
		麻酔	点								
	放射線治療	点									
合計	点										
往診日数	医師 機関名	通院日数	医師 機関名								
請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定治療	公費分特定治療						
	①点数・単位数合計										
	②点数・単位数単価		円/単位		10円/点		10円/点				
	③給付率	/100	/100	/100	/100						
	④請求額(円)										
⑤利用者負担額(円)											
枚中 枚目											

備考 この用紙は、A列4番とすること。

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
(病院又は診療所における短期入所療養介護)

公費負担者番号		平成		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	要支援・1・2・3・4・5							
認定有効期間	種	年	月	日	から				
	種	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				
短期入所計画日数	日	サービス提供日	1	2	3	4	5	6	7
短期入所実日数	日	サービス提供日	8	9	10	11	12	13	14
		サービス提供日	15	16	17	18	19	20	21
		サービス提供日	22	23	24	25	26	27	28
		サービス提供日	29	30	31				
給付費明細	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	摘要				
	1. 指導管理等								
	2. 単純ケア等								
	3. 介護ケア等								
	4. 精神科専門療法								
	5.								
6.									
合計									
請求集計額	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単位数合計								
	②単位数単価		円/単位	10円/単位	10円/単位				
	③給付率	/100	/100	/100	/100				
	④請求額(円)								
⑤利用者負担額(円)									

枚中 枚目

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第六（附則第二条関係）

居宅サービス介護給付費明細書

(歯黒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.男 2.女 3.昭和 性 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 [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

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 [] [] [] [] 退所 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

Table with 8 columns: サービス内容, サービスコード, 単位数, 回数, サービス単位数, 公費分担率, 公費対象単位数, 摘要. Includes a '合計' row.

Table with 3 columns: 区分, 保険分, 公費分. Rows include ①単位数合計, ②単位数単価, ③給付率, ④請求額(円), ⑤利用者負担額(円).

枚中 枚目

備考 この用紙は、A列4番とすること。