

様式第七 (附則第二条関係)

居宅介護支援介護給付費明細書

公費負担者番号		平成		年	月分
事業所番号		所在地		〒	
事業所名称		連絡先		電話番号	
		単位数単価		(円/単位)	

項番	被保険者						請求計算	
	被保険者番号	(フリガナ)	サービスコード					
	公費受給者番号	氏名						
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和	性別	1. 男 2. 女		単位数		
	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	請求金額
	居宅サービス計画作成依頼届出年月日			種	年	月	日	
	被保険者番号	(フリガナ)	サービスコード					
	公費受給者番号	氏名						
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和	性別	1. 男 2. 女		単位数		
	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	請求金額
	居宅サービス計画作成依頼届出年月日			種	年	月	日	
	被保険者番号	(フリガナ)	サービスコード					
	公費受給者番号	氏名						
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和	性別	1. 男 2. 女		単位数		
	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	請求金額
	居宅サービス計画作成依頼届出年月日			種	年	月	日	
	被保険者番号	(フリガナ)	サービスコード					
	公費受給者番号	氏名						
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和	性別	1. 男 2. 女		単位数		
	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	請求金額
	居宅サービス計画作成依頼届出年月日			種	年	月	日	

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第八 (附則第二条関係)

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				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	要支援等・1・2・3・4・5			旧措置入所者特例	1. 無	2. 有
認定有効期間	年	月	日	から	年	月	日まで
	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									

サービス内容	サービスコード	単位数	旧措置日数	サービス単位数	公費分(旧措置等)	公費対象単位数	摘要
合計							

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)		

食事費用	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		

枚中 枚目

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第九 (附則第二条関係)

施設サービス等介護給付費明細書
(介護老人保健施設)

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)									請求事業者	事業所番号		
	氏名										事業所名称		
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和	性別	1.男 2.女	〒			所在地					
	要介護状態区分	1・2・3・4・5									連絡先	電話番号	
	認定有効期間	年 月 日 から	年 月 日 まで										
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								
主傷病				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	サービス単位数	公費分 円/回数	公費対象単位数	摘要					
		合計											
緊急時施設費	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	年	月	月	日	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	摘要									
		処置	点										
		手術	点										
		麻酔	点										
放射線治療	点												
合計	点												
往診日数	医療機関名	通院日数	医療機関名										
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)													
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										
	特別食日数												
	延べ日数	公費日数	合計	公費請求分									

枚中 枚目

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第十 (附則第二条関係)

施設サービス等介護給付費明細書
(介護療養型医療施設)

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	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								
入院 年月日	年	月	日	退院 年月日	年	月	日	入院滞日数	外泊日数
主傷病		通院後の状況		1. 居宅	2. 介護保険施設	3. 医療機関入院			
				4. 死亡	5. その他				
給付費明細書	サービス内容	サービスコード	単位数	請求 日数	サービス単位数	公費分 単位数	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					
	1. 指導管理等			摘要					
	2. 単純エクササイズ								
	3. リハビリテーション								
	4. 精神科専門療法								
	5.								
	6.								
合計									
請求集計書	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)								
食事費用	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					

枚中 枚目

備考 この用紙は、A列4番とすること。