

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 |  | 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 | 要介護 1・2・3・4・5             |   |   |   |  |   |    |
| 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                      |   |   |   |  |   |    |

|          |                          |          |    |  |   |  |   |  |   |
|----------|--------------------------|----------|----|--|---|--|---|--|---|
| 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    | 平成 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|          | 事業所番号                    | 退所年月日    | 平成 |  | 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<br>日数 | サービス単位数 | 公費分<br>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<br>請求額(円) |     | 公費分<br>請求額 |     | 公費分本人負担月額 |  |