様式第二（附則第二条関係）

# 居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

（訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）・小規模多機能型居宅介護（短期利用）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用））

| 公費負担者番号 | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費受給者番号 | | | | | | | | |

| 令和 | | | 年 | | | 月分 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | | | | | | |

| 被保険者 | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者番号 | | | | | | | | | | | |
| （フリガナ）<br>氏名 | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 1.明治　2.大正　3.昭和<br>年　月　日 | | | | | | 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<br>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 | | | | |

| 開始年月日 | 1.平成<br>2.令和 | | 年 | | | 月 | | | 日 | 中止年月日 | 令和 | | 年 | | | 月 | | | 日 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 中止理由 | 1.非該当　3.医療機関入院　4.死亡　5.その他　6.介護老人福祉施設入所　7.介護老人保健施設入所　8.介護療養型医療施設入院<br>9.介護医療院入所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 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 | 公費分回数 | 公費対象単位数 | 摘要 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| 給付費明細欄（住所地特例対象者） | 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 | 公費分回数 | 公費対象単位数 | 施設所在保険者番号 | 摘要 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| 請求額集計欄 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ①サービス種類コード／②名称 | | | | | |
| ③サービス実日数 | 日 | 日 | 日 | 日 | |
| ④計画単位数 | | | | | |
| ⑤限度額管理対象単位数 | | | | | |
| ⑥限度額管理対象外単位数 | | | | | 給付率（/100） |
| ⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥ | | | | | 保険 |
| ⑧公費分単位数 | | | | | 公費 |
| ⑨単位数単価 | 円／単位 | 円／単位 | 円／単位 | 円／単位 | 合計 |
| ⑩保険請求額 | | | | | |
| ⑪利用者負担額 | | | | | |
| ⑫公費請求額 | | | | | |
| ⑬公費分本人負担 | | | | | |

| 社会福祉法人等による軽減欄 | 軽減率　％ | 受領すべき利用者負担の総額（円） | 軽減額（円） | 軽減後利用者負担額（円） | 備考 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |