

施設サービス等介護給付費明細書  
(介護保健施設サービス)

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										事業所番号																			
	(フリガナ) 氏名																事業所名称													
	生年月日										所在地																			
	要介護状態区分																連絡先													
	認定有効期間										電話番号																			
1.明治 2.大正 3.昭和 性別 1.男 2.女										〒																				
平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで										〒																				
入所年月日										入所実日数		外泊日数																		
主傷病										入所前の状況																				
退所後の状況										1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.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																														
所定疾患施設療養費等	所定疾患施設療養費		傷病名		①		②		③		所定疾患施設療養開始年月日		①平成		②平成		③平成		年		年		月		月		日		日	
	緊急時治療管理		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	
	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																		
特別療養費	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																	
合計																														
請求額集計欄	区分		保険分		公費分		保険分特定治療・特別療養費		公費分特定治療・特別療養費																					
	①点数・単位数合計																													
	②点数・単位数単価				円/単位				10円/点・単位		10円/点・単位																			
	③給付率				/100		/100		/100		/100																			
	④請求額(円)																													
⑤利用者負担額(円)																														
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																														
										保険分請求額(円)				公費分請求額				公費分本人負担月額												