

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  
(介護療養施設サービス)

|         |  |       |  |   |  |    |
|---------|--|-------|--|---|--|----|
| 公費負担者番号 |  | 令和    |  | 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 | 1. 平成   |               | 年     |       | 月  |      | 日    | から | 2. 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          |       |       |    |      |      |    |       |  |   |  |   |  |   |    |

|        |  |  |   |  |   |  |   |       |    |  |        |   |   |  |   |       |  |      |  |  |
|--------|--|--|---|--|---|--|---|-------|----|--|--------|---|---|--|---|-------|--|------|--|--|
| 入院年月日  | 1. 平成  |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 退院年月日 | 令和 |  | 年      |   | 月 |  | 日 | 入院実日数 |  | 外泊日数 |  |  |
| 主傷病    |  |  |   |  |   |  |   |       |    |  | 入院前の状況 | 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 9. 介護医療院 |   |  |   |       |  |      |  |  |
| 退院後の状況 | 1. 居宅 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 9. 介護医療院入所 |  |   |  |   |  |   |       |    |  |        |   |   |  |   |       |  |      |  |  |

| 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) |         |      |      |          |          |

|              |        |         |         |       |    |           |     |        |     |           |
|--------------|--------|---------|---------|-------|----|-----------|-----|--------|-----|-----------|
| 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     |         |         |       |    |           |     |        |     |           |
|              |        |         |         |       |    | 保険分請求額(円) |     | 公費分請求額 |     | 公費分本人負担月額 |