

様式第六の五（附則第二条関係）

地域密着型サービス介護給付費明細書  
 （認知症対応型共同生活介護（短期利用））

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

平成			年			月分												
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															
		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	平成			年				月											
	平成			年				月											

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																	

入居年月日	平成			年			月			日
退居年月日	平成			年			月			日
短期利用 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 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							

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	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	
	⑥給付率	/100	/100
	⑦請求額（円）		
	⑧利用者負担額（円）		