様式第二を次のように改める。

**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・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護・複合型サービス）

| 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 | |
| | (ﾌﾘｶﾞﾅ)<br>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　日から<br>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 | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 事業所番号 | | 事業所名称 | |

| 開始年月日 | 平成　年　月　日 | 中止年月日 | 平成　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 | | |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| 11 | 訪問介護 | | | | |
| 15 | 通所介護 | | | | |
| 76 | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | | | |
| 71 | 夜間対応型訪問介護 | | | | |
| 72 | 認知症対応型通所介護 | | | | |
| 73 | 小規模多機能型居宅介護 | | | | |
| 77 | 複合型サービス | | | | |

| | 枚中 | | 枚目 |
|---|---|---|---|