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	

令和	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	1．平成 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

入居年月日	令和　年　月　日
退居年月日	令和　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）		

　　枚中　　枚目

備考　この用紙は、A列4番とすること。