

様式第九 (附則第二条関係)

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										退所年月日										
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 回数		サービス単位数		公費分 回数等		公費対象単位数		摘要					
合計																				
緊急時施設療養費	緊急時傷病名		① ② ③		緊急時治療開始年月日		①平成 ②平成 ③平成		年		月		日		日					
	緊急時治療管理(再掲)		単位		単位×		日		摘要											
	特定治療	リハビリテーション		点																
		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		摘要					
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									
	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						
枚中 枚目																				