

様式第四の三（附則第二条関係）

居宅サービス介護給付費明細書  
(介護医療院における短期入所療養介護)

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																				請求事業者	事業所番号																									
	(フリガナ)																					事業所名称																									
	氏名																					所在地		〒 -																							
	生年月日		1. 明治 2. 大正 3. 昭和				性別		1. 男 2. 女													所在地																									
	要介護状態区分		要介護 1・2・3・4・5																			連絡先		電話番号																							
	認定有効期間		1. 平成 2. 令和				から															連絡先		まで																							
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																		入所年月日		1. 平成 2. 令和				年		月		日		退所年月日		令和				年		月		日		短期入所 実日数			
基本摘要		摘要種類		内容																																											
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																																														
緊急時施設診療費	緊急時傷病名		① ② ③										緊急時治療開始年月日		①令和 ②令和 ③令和		年		年		月		月		日		日																				
	緊急時治療管理（再掲）				単位				単位×				日																																		
	特定治療	リハビリテーション				点		摘要																																							
		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				保険分特定治療・特別診療費				公費分特定治療・特別診療費																														
	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給付点数・単位数																																														
	⑤点数・単位数単価				円／単位								10 円／点・単位				10 円／点・単位																														
	⑥給付率				／100				／100				／100				／100																														
	⑦請求額（円）																																														
	⑧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