

公費負担者番号

公費受給者番号

平成 2 7 年 1 2 月分

保険者番号 1 1 1 1 1 1

被保険者情報: 被保険者番号, (フリガナ) 氏名, 生年月日, 要介護状態区分, 認定有効期間

請求事業者情報: 事業所番号, 事業所名称, 所在地, 連絡先

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, 退所年月日, 短期入所 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

請求額集計欄: 区分, 保険分, 公費分

特定入所者介護サービス費: 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

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