介護給付費の請求

サービス提供証明書
（介護療養型医療施設）

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	1・2・3・4・5
認定有効期間	平成　年　月　日　から
	平成　年　月　日　まで

事業者

事業所番号	
事業所名称	
所在地	〒　－
連絡先	電話番号

入所年月日	平成			年			月			日	退所年月日	平成			年			月			日	入所実日数			外泊日数		
主傷病																		退院後の状況	1.居宅　2.介護保険施設　3.医療機関入院　4.死亡　5.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							

特定診療費

区分		保険分（単位）	公費分（単位）	傷病名	
1.	指導管理等			適用	
2.	単純ｴｯｸｽ線				
3.	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ				
4.	精神か専門療法				
5.					
6.					
合計					

請求額集計欄

区分	保険分	公費分	保険分特定治療	公費分特定治療
①点数・単位数合計				
②点数・単位数単価	円/単位		10円/点	10円/点
③給付率	/100	/100	/100	/100
④請求額(円)				
⑤利用者負担額（円）				

食事費用欄

食事提供費							標準負担額（月額）	食事提供費請求額	標準負担額
基本	日数		単価		金額				
特別食									
延べ日数			公費日数		合計		公費請求分		

	枚中		枚目