**様式第九の二**（附則第二条関係）

# 施設サービス等介護給付費明細書

（介護医療院サービス）

| 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 | | | |
|---|---|---|---|
| (ﾌﾘｶﾞﾅ) | | | |
| 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<br>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 | |

| 入所年月日 | 1. 平成 2. 令和 ＿＿年＿＿月＿＿日 | 退所年月日 | 令和 ＿＿年＿＿月＿＿日 | 入所実日数 | | 外泊日数 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 主傷病 | | 入所前の状況 | 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 9.介護医療院 |
|---|---|---|---|
| 退所後の状況 | 1.居宅 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院 9.介護医療院入所 | | |

**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<br>②<br>③ | 緊急時治療開始年月日 | ①令和 ＿＿年＿＿月＿＿日<br>②令和 ＿＿年＿＿月＿＿日<br>③令和 ＿＿年＿＿月＿＿日 |
|---|---|---|---|

| 緊急時治療管理（再掲） | | 単位 | | 単位× | | 日 |
|---|---|---|---|---|---|---|

| 特定治療 | | | 摘要 |
|---|---|---|---|
| | ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ | 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 | ／100 |
| ④請求額（円） | | | | |
| ⑤利用者負担額（円） | | | | |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 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