

様式第十 (附則第二条関係)

施設サービス等介護給付費明細書
(介護療養施設サービス)

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, 氏名, 生年月日, 要介護状態区分, 認定有効期間) and 請求事業者 (事業所番号, 事業所名称, 所在地, 連絡先)

入院 (入院年月日, 入院実日数, 外泊日数), 主傷病, 退院後の状況

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)

特定診療費 (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)

請求額集計欄 (区分, 保険分, 公費分, 保険分特定診療費, 公費分特定診療費)

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)