

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		平成	2	1	年	4	月分
公費受給者番号		保険者番号	2	1	9	9	9

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
	(フリガナ)	フクシ ジュウロウ										
	氏名	福祉十郎										
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	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	平成	2	1	年	1	月	1	日	から			
	平成	2	3	年	1	2	月	3	1	日	まで	

請求事業者	事業所番号	2	1	1	0	0	0	0	2	2	9
	事業所名称	〇△×病院									
	所在地	〒500-8385 岐阜市下奈良2丁目2番1号 岐阜県福祉・農業会館内									
	連絡先	電話番号 (058)- 275 - 9825									

入院年月日	平成	1	8	年	4	月	1	日	退院年月日	平成			年			月			日	入院実日数				外泊日数			
主傷病	脳梗塞												入院前の状況	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													
退院後の状況	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																										

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 回数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
		療養型 I i 2	532221	793	30	23790		
	合計					23790		

特定診療費	傷病名	脳梗塞後遺症(四肢麻痺)										
	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				
	19	理学療法(Ⅱ)	73	2	146							
	合計					146						

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			
	①単位数合計	23790								146							
	②単位数単価	1000円/単位								10円/単位				10円/単位			
	③給付率	90/100				/100				90/100				/100			
	④請求額(円)	214110								1314							
⑤利用者負担額(円)	23790								146								

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

様式第十号における記載要領

1. サービス提供年月
2. 公費負担者番号・公費受給者番号
3. 保険者番号
4. 被保険者欄
5. 請求事業者

- 1 1. 給付費明細欄

1～5、1 1については、様式第二号における記載項目と共通項目のため省略

- 1 0. 入退所（居）日等（介護保険施設等分）

- 1 6. 請求額集計欄

1 0、1 6については、様式第六号（様式第六・様式第六の二）における記載項目と共通項目のため省略

- 1 3. 特定診療費については、様式第五号における記載項目と共通項目のため省略

- 1 7. 特定入所者介護（予防）サービス費等については、様式第三号における記載項目と共通項目のため省略

このページは空白です。