

【記載例】

※太枠セルが必須入力箇所ですの、遺漏なきようお願いいたします。

訪問入浴サービス事業明細書

提供月及び請求月をご記載ください

提供月:	令和 3 年 3 月
請求月:	令和 3 年 4 月

受給者証をご確認いただき、受給者番号（10桁）及び氏名を必ずご記載ください

受給者番号 (10桁)	0000000011
支給決定障害者 (保護者)氏名	松戸 太郎
支給決定に係る 児童氏名	-

事業所番号 (10桁)	1212400001
事業所名	松戸介護事業所

該当サービスを提供した回数をご記載ください。
提供していない場合は何もご記載いたさないようお願いします。

付番されている事業所番号（10桁）及び事業所名を必ずご記載ください

サービスコード	サービス内容	単位数	算定回数	算定単位数	摘要
			7	8820	
1111	入浴	1260			
1113	部分浴・清拭	1134		0	
給付費明細欄					

当月給付単位数合計	8820
単位数単価	10.6 円/単位
総費用額	93,492 円 ※小数点以下切り捨て
給付率	90/100
市町村請求額	84,142 円 ※小数点以下切り捨て
利用者負担額	9,350 円

事業所が所在する市町村の地域区分に応じた単価（別紙参照）を記載してください

「当月給付単位数合計」に「単位数単価」を乗じて「総費用額」を算出してください（※小数点以下切り捨て）

利用者負担上限月額がある方は「90/100」、ない方は「100/100」とご記載ください

総費用額に給付率を乗じた金額をご記載ください。利用者負担上限月額がある方で少数点以下が出る方は、少数点以下を切り捨てた金額をご記載ください。

総費用額から市町村請求額をひいた金額をご記載ください