

居住等に要する費用の明細票

保険者番号	2	8	1							被保険者番号	0	0	0							
氏名											施設名									

1. 特定入所者介護(予防)サービス費の支給を受ける場合に施設が定める費用額(基準費用額以下の額)

ユニット型個室	ユニット型 個室的多床室	従来型個室	多床室	※契約書等に記載されています。 記載がない場合は、利用された施設に確認してください。 ※ご利用のお部屋は必ず記入してください。
円/日	円/日	円/日	円/日	

2. 利用日ごとの明細書

		サービス利用年月				平成	令和	年	月		
利用日	※0をつける	ユニット 型個室	ユニット型 個室的多床室	従来型個室	多床室	日額合計	社福軽減等割引 後の支払い額	神戸市記入欄			
1日											
2日											
3日											
4日											
5日											
6日											
7日											
8日											
9日											
10日											
11日											
12日											
13日											
14日											
15日											
16日											
17日											
18日											
19日											
20日											
21日											
22日											
23日											
24日											
25日											
26日											
27日											
28日											
29日											
30日											
31日											
日数		日	日	日	日	円	円	← 領収書の額に 一致します。			

裏面の記入例もご確認ください。