

介護給付費等支払決定額内訳書

事業所番号	事業所名
1370000000	□□介護事業所

平成〇〇年△月 審査分

保険者番号 (公費負担者 番号)	サービス 提供年月	サービス 種類名	審 査 決 定				保険者（公費負担者） 負担金額 (特定入所者介護費等)	備 考
			件 数	日数 (回数) 日 (回)	単 位 数 単 位	金 額 円		
			「件数」「日数」「単位数」「金額」 審査決定された件数、日数、単位数、金額が保険者、サービス提供年月、サービス種類ごとに表示されます。					
						「保険者（公費負担者）負担金額（特定入所者介護費等）」 保険者、公費負担者から支払われる金額と、特定入所者介護費の補足給付分が表示されます。 単位数×90%の金額と一致しないものは、公費の支払額が含まれています。生活保護単独の場合は、負担者番号毎に表示されます。		
審査決定	介護サービス費 特定入所者介護費等							
過誤調整	介護サービス費 特定入所者介護費等							
支払決定	介護サービス費 特定入所者介護費等							

※1. 下段は特定入所者介護サービス費等です。
 ※2. 特定入所者介護サービス費等の件数、日数は再掲です。
 ※3. 単位数、金額、保険者（公費負担者）負担金額（特定入所者介護費等）の各欄は介護保険給付と公費給付の合算です（生保単独を除く）。
 ※4. 過誤調整の内訳については、介護給付費過誤決定通知書、介護給付費再審査決定通知書に記載しています。