

居住等に要する費用の明細票

保険者番号	2	8	1	0	1	4	被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
氏名	神戸 太郎						施設名	特別養護老人ホーム あいうえお									

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。
2,00 円/日	1,66 円/日	1,17 円/日	855 円/日	

2. 利用日ごとの明細書

サービス利用年月 平成 令和 2 年 3 月

利用日 ※○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	○	○			2,006		
4日	○	○			2,006		
5日	○	○			2,006		
6日	○	○			2,006		
7日	○	○			2,006		
8日	○	○			2,006		
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	○			○	855		
29日	○			○	855		
30日	○			○	855		
31日							
日数	6			3	14,601		← 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。