

被保険者以外の者の短期入所サービス利用に係る
食費及び滞在費請求書

年 月 日

伊丹市福祉事務所長 様

住 所
事業所
代表者

下記のとおり 年 月分の短期入所サービス利用に係る食費及び滞在費を請求します。

請求金額 円

対象者	被保険者番号	H 2 4 1	受給者番号				
	氏名		生年月日	年 月 日 (歳)			
	利用期間	年 月 日～	年 月 日(日間)	計 日			
請求明細書	費目		単価(円)	日数	金額(円)	備考	
	食費		円		円	1日1,145円の範囲内	
	滞在費	ユニット型個室		円		円	1日2,066円の範囲内
		ユニット型個室的多床室		円		円	1日1,728円の範囲内
		従来型個室(特養等)		円		円	1日1,231円の範囲内
		従来型個室(老健・医療院等)		円		円	1日1,728円の範囲内
		多床室(特養等)		円		円	1日915円の範囲内
		多床室(老健・医療院) ※室料を徴収する場合		円		円	1日697円の範囲内
		多床室(老健・医療院等) ※室料を徴収しない場合		円		円	1日437円の範囲内
	合計				円		

※介護保険被保険者の「負担限度額」に相当する部分は本人あて請求してください。

登録債権者番号			
振込先	金融機関名	支店名	
	口座番号	預金種目	普通・当座・貯蓄・その他
	フリガナ		
	口座名義		