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1,245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			