

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

印

代表者

印

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2,006円の範囲内
		ユニット個室的多床室	円		円	1日1,668円の範囲内
		従来型個室(特養)	円		円	1日1,171円の範囲内
		従来型個室(老健・療養)	円		円	1日1,668円の範囲内
		多床室(特養)	円		円	1日855円の範囲内
		多床室(老健・療養)	円		円	1日377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		