

居宅サービス・地域密着型介護給付費明細書

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護)

公費負担者番号												平成	1	9	年	0	1	月	分				
公費受給者番号												保険者番号		1	2	2	0	7	7				
被 保 険 者	被保険者 番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6										請 求 事 業 者	事業所番号	0 1 2 3 4 5 6									
	(フリガナ)	カタタロウ											事業所名称	デンタルカイン デンタル歯科医院									
	氏 名	神田 太郎											〒	1	0	1	-	0	0	4	1		
	生 年 月 日	1.明治 ②大正 3.昭和 0 1 年 0 8 月 0 1 日						性 別	①男 2.女		所在地 東京都千代田区神田須田町1-28-4 日宝神田ビル7F												
	要 介 護 状態区分	経過的要介護・1・2・③・4・5											連絡先 電話番号 03-5296-7333										
認定有効 期 間	平成 1 9 年 0 1 月 0 1 日 から		平成 1 9 年 1 2 月 3 1 日 まで																				
居宅サービス 計 画		1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者作成																					
		事業所番号										事業所名称											
開 始 年月日	平成	1	9	年	0	1	月	0	3	日	中止 年月日	平成		年		月		日					
中止 理由	1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療入所																						
給 付 費 明 細 欄	サービス内容	サービスコード		単 位 数		回 数		サービス単位数		公費分 回数		公費対象単位数		摘 要									
	居宅療養管理指導Ⅰ	3 1 1 1 1 1		5 0 0		2		1 0 0 0						09, 16									
	歯科衛生士等居宅療養	3 1 1 2 4 1		3 5 0		3		1 0 5 0						16, 23, 30									
請 求 額 集 計 欄	(1)サービス種類コード /(2)名称	3 1 居宅療養																					
	(3)サービス実日数	4 日				日				日				日									
	(4)計画単位数			0																			
	(5)限度額管理対象単位数			0																			
	(6)限度額管理対象外単位数			0										給付率(/100)									
	(7)給付単位数((4)(5)のうち 少ない数)+(6)	2 0 5 0												保険 9 0									
	(8)公費分単位数	0												公費									
	(9)単位数単価	1 0 0 0 円/単位		▲		円/単位		▲		円/単位		▲		円/単位		合 計							
	(10)保険請求額	1 8 4 5 0														1 8 4 5 0							
	(11)利用者負担額	2 0 5 0														2 0 5 0							
(12)公費請求額																							
(13)公費分本人負担																							
社会福祉法人等による 軽減欄	軽減率	▲		%		受領すべき利用者 負担の総額(円)		軽減額(円)		軽減後利用者 負担額(円)		備考											
	11	訪問介護																					
	15	通所介護																					
	71	夜間対応型訪問介護																					
	72	認知症対応型通所介護																					

訪問歯科診療 請求書

神田 太郎 様

〒 101-0041
東京都千代田区神田須田町1-28-4
日宝神田ビル7F
デンタル歯科医院
Tel. 03-5296-7333 Fax.03-5296-7300

御利用期間 平成19年01月01日～平成19年01月31日

医療保険

介護保険

訪問日	診療項目名	診療	点数	備考
09	訪問歯科診療	初診	1,234	
16	訪問歯科診療	再診	1,234	
23	訪問歯科診療	再診	1,234	
30	訪問歯科診療	再診	1,234	
合計点数			4,936	
単位単価 10 円 療養金額			49,360 円	
負担割合：10% 負担金額			4,920 円	

訪問日	療養項目名	回数	単位数	備考
09, 16	居宅療養管理指導Ⅰ	2	1,000	
16, 23, 30	歯科衛生士等居宅療養	3	1,050	
合計点数			2,050	
単位単価 10 円 療養金額			20,500 円	
負担割合：10 % 負担金額			2,050 円	

御 請 求 額 6,970 円

御振込先 A銀行 B支店 普通
口座番号：012345
デンタルネット
デンタルネット
患者様のお名前でご入金頂きますようお願い致します
ご入金の確認が取れ次第、領収書を発行させていただきます

平成19年01月09日

訪問歯科診療 領収書

神田 太郎 様

御利用期間 平成19年01月01日～平成19年01月31日

介護保険

訪問日	療養項目	回数	単位数	備考
09, 16	居宅療養管理指導Ⅰ	2	1,000	
16, 23, 30	歯科衛生士等居宅療養	3	1,050	
合計点数			2,050	
単位単価 10 円 療養金額			20,500 円	
負担割合：10 % 負担金額			2,050 円	

領 収 金 額 2,050 円

平成 年 月 日

領
収
印

〒 101-0041
東京都千代田区神田須田町1-28-4
日宝神田ビル7F
デンタル歯科医院
Tel. 03-5296-7333 Fax.03-5296-7300

訪問歯科診療 請求書

神田 太郎 様

御利用期間 平成19年01月01日～平成19年01月31日

自費診療

訪問日	診療項目名	診療	点数	備考
合計点数				
単位単価：			円 負担金額	円

〒 101-0041

東京都千代田区神田須田町1-28-4
日宝神田ビル7F

デンタル歯科医院

Tel. 03-5296-7333 Fax.03-5296-7300

物品料

訪問日	金額
23	100
合計金額	100 円

御 請 求 額

100 円

御振込先

A銀行 B支店 普通

口座番号：012345

デンタルネット

デンタルネット

患者様のお名前でご入金頂きますようお願い致します
ご入金の確認が取れ次第、領収書を発行させていただきます

訪問歯科診療 領収書

神田 太郎 様

御利用期間 平成19年01月01日～平成19年01月31日

自費診療

訪問日	診療項目名	診療	点数	備考
合計点数				
単位単価：			円 負担金額	円

〒 101-0041

東京都千代田区神田須田町1-28-4
日宝神田ビル7F

デンタル歯科医院

Tel. 03-5296-7333 Fax.03-5296-7300

物品料

訪問日	金額
23	100
合計金額	100 円

御 請 求 額

100 円

〒 101-0041

東京都千代田区神田須田町1-28-4
日宝神田ビル7F

デンタル歯科医院

Tel. 03-5296-7333 Fax.03-5296-7300

平成 年 月 日

領
収
印