

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。
2,006 円/日	1,668 円/日	1,171 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	日	日	日	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。