食事の提供に要する費用の明細票

保険者番号	2	8	1				被保険者番号	0	0	0								
氏名							施設名											

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）

食事日額	朝　食	昼　食	夕　食	その他（　　）
円/日	円/日	円/日	円/日	円/日

※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。

☐ 1食ごとの値段は設定されていない。☐ 「その他」の値段は設定されていない。

2．利用日ごとの明細書　　サービス利用年月　平成　令和　　年　　月

	利用日 ※○をつける	朝食	昼食	夕食	その他（　　）	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								
4日								
5日								
6日								
7日								
8日								
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								
29日								
30日								
31日								
月間利用日数	日	日	日	日	日	円	円	← 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。