

介護予防支援介護給付費明細書

平成		年		月分
----	--	---	--	----

公費負担者番号									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

保険者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護予防 支援事業者	事業所 番号									所在地	〒								
	事業所 名称								連絡先		電話番号								
											単位数単価	(円/単位)							

項番	被保険者	被保険者番号								(フリガナ)											性別	1. 男 2. 女	
		公費受給者番号								氏名													
		生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和						要介護 状態区分	要支援1・要支援2	認定 有効期間	平成		年		月		日	から				
			年		月		日	平成					年		月		日	まで					
		担当介護支援 専門員番号								サービス計画 作成依頼 届出年月日	平成		年		月		日	/					
		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	摘要		サービス単位数合計												
	給付費明細欄																		請求額合計				
																			/				

項番	被保険者	被保険者番号								(フリガナ)											性別	1. 男 2. 女	
		公費受給者番号								氏名													
		生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和						要介護 状態区分	要支援1・要支援2	認定 有効期間	平成		年		月		日	から				
			年		月		日	平成					年		月		日	まで					
		担当介護支援 専門員番号								サービス計画 作成依頼 届出年月日	平成		年		月		日	/					
		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	摘要		サービス単位数合計												
	給付費明細欄																		請求額合計				
																			/				

様式第七の三 (附則第二条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
(介護予防ケアマネジメント費)

公費負担者番号									
公費受給者番号									

平成		年		月分	
保険者番号					

被保険者	被保険者番号									
	(フリガナ)									
	氏名									
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和			性別	1. 男	2. 女	
		年	月	日						
	要支援状態区分	事業対象者・要支援1・要支援2								
認定有効期間	平成		年		月		日	から		
	平成		年		月		日	まで		

請求事業者	事業所番号									
	事業所名称									
	所在地	〒								
	連絡先	電話番号								

事業費明細欄	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	

事業費明細欄 (住所地特例対象者)	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	施設所在 保険者番号	摘要

請求額集計欄	区分	事業分	公費分
	①サービス単位数合計		
	②単位数単価	円/単位	
	③給付率		/100
	④事業費請求額 (円)		

