

様式第二の三 (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
(訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費)

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					
	要支援状態区分等	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																

介護予防サービス計画	3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成																
	事業所番号											事業所名称					

開始年月日	平成			年			月			日	中止年月日	平成			年			月			日
-------	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---	-------	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

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	①サービス種類コード /②名称												
	③サービス実日数			日			日			日			日
	④計画単位数												
	⑤限度額管理対象単位数												
	⑥限度額管理対象外単位数												
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) +⑥												
	⑧公費分単位数												
	⑨単位数単価			円/単位			円/単位			円/単位			円/単位
	⑩事業費請求額												
	⑪利用者負担額												
	⑫公費請求額												
	⑬公費分本人負担												