

様式第二の二 (附則第二条関係)

介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書

(介護予防訪問介護・介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防居宅療養管理指導・介護予防通所介護・介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護 (短期利用以外)・介護予防小規模多機能型居宅介護 (短期利用))

公費負担者番号												平成		年		月		分	
公費受給者番号												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	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	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		年		月		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.介護療養型医療施設入院																		
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											
給付費明細欄 (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		円/単位		円/単位		円/単位	合計			
	⑩保険請求額																		
	⑪利用者負担額																		
	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					