様式第六の二（附則第二条関係）

地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書

（介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用以外））

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	
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名	
	生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和　年　月　日　性別　1. 男　2. 女
	要支援状態区分	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

入居年月日	平成　年　月　日	退居年月日	平成　年　月　日	入居実日数	外泊日数

入居前の状況	1.居宅　2.医療機関　3.介護老人福祉施設　4.介護老人保健施設　5.介護療養型医療施設　6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護　8.その他　9.介護医療院
退居後の状況	1.居宅　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 9.介護医療院入所

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

請求額集計欄

区分	保険分	公費分
①単位数合計		
②単位数単価	円／単位	
③給付率	／100	／100
④請求額（円）		
⑤利用者負担額（円）		

	枚中		枚目