

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 | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|-------|--|--|---|--|--|----|--|--|
| 令和 | | | 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 | 事業対象者・要支援1・要支援2 | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 1.平成 | | | 年 | | | 月 | | | 日 | から | |
| | 2.令和 | | | 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) | | | |