

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															
	要支援状態区分等	事業対象者 要支援1・2 (継続利用の場合 要介護1・2・3・4・5)																				
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)			