

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												令和												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												請求事業者	事業所番号													
	(フリガナ)氏名													事業所名称													
	生年月日		1.大正 2.昭和 3.平成 4.令和				性別		1. 男 2. 女		所在地			〒 -													
	要支援状態区分		要支援 1・要支援 2											連絡先		電話番号											
	認定有効期間		令和		年		月		日		から			令和		年		月		日まで							
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		令和		年		月		日		中止年月日		令和		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										
	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																				給付率（/100）						
	⑧公費分単位数																				保険						
	⑨単位数単価						円／単位				円／単位						円／単位				公費						
	⑩保険請求額																				合計						
	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					