

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				
			年		月			日			
	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 2. 令和			年		月		日	から		
	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	〒				一				
連絡先	電話番号									

[illegible][illegible]

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）								

	枚中		枚目
--	----	--	----