

様式第二の三（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
(訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費)

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)													事業所名称											
	氏名													所在地		〒 ー									
	生年月日		1.明治 2.大正 3.昭和				性別		1. 男 2. 女					連絡先		電話番号									
	要支援状態区分等		事業対象者・要支援1・要支援2																						
	認定有効期間		1. 平成 2. 令和				年 月 日		から まで																
介護予防サービス計画		3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成										事業所名称													
開始年月日		1. 平成 2. 令和		年		月		日		中止年月日		令和		年		月		日							
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 対象者) 特例	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		日		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																給付率 (／100)								
	⑦給付単位数 (④⑤のうち 少ない数) + ⑥																事業								
	⑧公費分単位数																公費								
	⑨単位数単価		▲		円／単位		▲		円／単位		▲		円／単位		▲		円／単位		合計						
	⑩事業費請求額																								
	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											