

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															
	(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	年	月	日	年	月	日						
	要支援 状態区分	要支援 1・要支援 2														
認定有効 期間	1. 平成			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	〒					－										
連絡先	電話番号																

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	1. 平成			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 9.介護医療院入所																				

[illegible]

給付費明細欄 (住所地利 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

[illegible]

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

	枚中		枚目
--	----	--	----