

様式第七の二（附則第二条関係）

介護予防支援介護給付費明細書

										令和				年				月分												
公費負担者番号																														
保険者番号																														
介護予防 支援事業者	事業所 番号									所在地	〒												ー							
	事業所 名称										連絡先	電話番号																		
											単位数単価					(円／単位)														

項番	被保険者	被保険者番号										(フリガナ)										性別	1. 男 2. 女			
		公費受給者番号										氏名														
		生年 月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和										要介護 状態区分	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					
					年			月			日	令和				年								月		
		担当介護支援 専門員番号										サービス計画 作成依頼 届出年月日		1. 平成 2. 令和				年			月			日		
	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				摘要				サービス単位数合計				
																						請求額合計				
		項番	被保険者	被保険者番号										(フリガナ)										性別	1. 男 2. 女	
公費受給者番号										氏名																
		生年 月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和										要介護 状態区分	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					
					年			月			日	令和				年								月		
		担当介護支援 専門員番号										サービス計画 作成依頼 届出年月日		1. 平成 2. 令和				年			月			日		
	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				摘要				サービス単位数合計				
																						請求額合計				