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	
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 年 月 日
	性別	1. 男 2. 女
	要支援状態区分	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 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 2. 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 9. 介護医療院入所																						

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				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																						保険	
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保険請求額																							
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

	枚中		枚目