

様式第六の六（附則第二条関係）

地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防認知症対応型共同生活介護（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											
	要支援状態区分		要支援 2																	
認定有効期間	1. 平成				年				月				日		から					
	2. 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																	

入居年月日		1. 平成				年				月				日	
退居年月日		2. 令和				年				月				日	
短期利用 実日数															

給付費明細欄	サービス内容		サービスコード				単位数		回数 日数		サービス単位数		公費分 回数等		公費対象単位数		摘要	
合計																		

請求額集計欄	区分		保険分						公費分					
	①計画単位数													
	②限度額管理対象単位数													
	③限度額管理対象外単位数													
	④給付単位数													
	⑤単位数単価		円／単位											
	⑥給付率		／100						／100					
	⑦請求額（円）													
⑧利用者負担額（円）														