

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		平成		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			
	要支援状態区分等	事業対象者・要支援1・要支援2			
認定有効期間	平成	年	月	日	から
	平成	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	3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成					
	事業所番号		事業所名称			

開始年月日	平成		年		月		日	中止年月日	平成		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								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									