

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		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											
	(7桁)											
	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	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	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	1.平成		年		月		日	中止年月日	令和		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										

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