

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	〒									
	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
		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	まで				
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
		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	まで				
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									
														/									