様式第七の三（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

（介護予防ケアマネジメント費）

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	
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 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	事業対象者・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

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

区分	事業分	公費分
①サービス単位数合計		
②単位数単価	円／単位	
③給付率		／100
④事業費請求額（円）		

	枚中		枚目