様式第六の二（附則第二条関係）

7	1	7	2

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（短期利用以外））

公費負担者番号								
公費受給者番号								

平成			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	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										

入居年月日	平成			年		月		日	退居年月日	平成		年		月		日	入居実日数		外泊日数		
退居後の状況	1.居宅　3.医療機関入院　4.死亡　5.その他　6.介護老人福祉施設入所　7.介護老人保健施設入所　8.介護療養型医療施設入院																				

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単位数合計														
	②単位数単価						円／単位								
	③給付率				／100							／100			
	④請求額（円）														
	⑤利用者負担額（円）														

	枚中		枚目