様式第六の四（附則第二条関係）

7 1 7 4

介護予防サービス介護給付費明細書

（介護予防特定施設入居者生活介護）

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	

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外部利用型給付上限単位数		
	②外部利用型上限管理対象単位数		
	③給付単位数		
	④単位数単価	円／単位	
	⑤給付率	／100	／100
	⑥請求額（円）		
	⑦利用者負担額（円）		

	枚中		枚目