

様式第七の二（附則第二条関係）

8 1 2 3

介護予防支援介護給付費明細書

平成			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													請求計算																	
	被保険者番号													(フリガナ)					サービス コード												
	公費受給者番号													氏名																	
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和										性別	1.男	2.女			単位数												
	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	請求 金額				
	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	平成					年			月		日	まで	摘要				
	被保険者番号													(フリガナ)					サービス コード												
	公費受給者番号													氏名																	
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和										性別	1.男	2.女			単位数												
	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	請求 金額				
	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	平成					年			月		日	まで	摘要				
	被保険者番号													(フリガナ)					サービス コード												
	公費受給者番号													氏名																	
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和										性別	1.男	2.女			単位数												
	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	請求 金額				
	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	平成					年			月		日	まで	摘要				
	被保険者番号													(フリガナ)					サービス コード												
	公費受給者番号													氏名																	
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和										性別	1.男	2.女			単位数												
	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	請求 金額				
	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	平成					年			月		日	まで	摘要				