

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	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	平成		年		月		日	から	平成		年		月		日	まで																						
		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	/																																
		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	平成		年		月		日	から	平成		年		月		日	まで																						
		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	/																																
		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																																																			
		/																																																			