

様式第二の二 (附則第二条関係)

介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書

(介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防居宅療養管理指導・介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護 (短期利用以外)・介護予防小規模多機能型居宅介護 (短期利用))

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										
	(フリガナ)										
	氏名										
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	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									

介護予防サービス計画	2.被保険者自己作成	3.介護予防支援事業者作成													
	事業所番号						事業所名称								
開始年月日	平成		年		月		日	中止年月日	平成		年		月		日
中止理由	1.非該当 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 9.介護医療院入所														

給付費明細欄	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

給付費明細欄 (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	①サービス種類コード / ②名称														
	③サービス実日数		日		日		日		日						
	④計画単位数														
	⑤限度額管理対象単位数														
	⑥限度額管理対象外単位数														
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥														
	⑧公費分単位数														
	⑨単位数単価		円/単位		円/単位		円/単位		円/単位		円/単位				
	⑩保険請求額														
	⑪利用者負担額														
	⑫公費請求額														
	⑬公費分本人負担														

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率		%	受領すべき利用者負担の総額 (円)	軽減額 (円)	軽減後利用者負担額 (円)	備考