

様式第二の三 (附則第二条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書  
(訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費)

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				
	要支援状態区分等	事業対象者・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	3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成																	
	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
-------	----	--	---	--	---	--	---	-------	----	--	---	--	---	--	---

事業費明細欄	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

事業費明細欄 (住所特例対象者)	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								給付率 (/100)		
	⑦給付単位数 (④⑤のうち 少ない数) +⑥								事業		
	⑧公費分単位数								公費		
	⑨単位数単価		▲	円/単位	▲	円/単位	▲	円/単位	▲	円/単位	合計
	⑩事業費請求額										
	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