

様式第七の三 (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  
(介護予防ケアマネジメント費)

公費負担者番号										
公費受給者番号										

平成			年			月分
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	年	月	日		
	要支援状態区分	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										

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	区分	事業分	公費分
	①サービス単位数合計		
	②単位数単価	円/単位	
	③給付率		/100
	④事業費請求額 (円)		