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	

令和		年			月分

保険者番号	

被保険者					
被保険者番号					
(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名					
生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和 年　月　日	性別	1. 男　2. 女		
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	1. 平成 2. 令和	年	月	日	から
	令和	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）		

	枚中		枚目