

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・2<br>(継続利用の場合 要介護1・2・3・4・5) |  |   |    |           |   |  |  |   |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 認定有効期間 | 1. 平成    |  |  | 年 |    |           | 月 |  |  | 日 | から |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|        | 2. 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<br>(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<br>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) |            |      |      |