

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, 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, 性別, 要支援状態区分, 認定有効期間

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, 中止年月日, 令和, 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, 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, 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, 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