

地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書  
(介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用以外))

公費負担者番号																				
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

令和				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							
		年	月	日	年	月	日	年	月	日											
要支援状態区分	要支援2																				
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																			

入居年月日	1. 平成	年	月	日	退居年月日	令和	年	月	日	入居実日数		外泊日数	
-------	-------	---	---	---	-------	----	---	---	---	-------	--	------	--

入居前の状況	1. 居宅 2. 医療機関 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院
--------	---

退居後の状況	1. 居宅 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 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
		合計							

請求額集計欄	区分	保険分				公費分			
	①単位数合計								
	②単位数単価				円/単位				
	③給付率				/100				/100
	④請求額(円)								
	⑤利用者負担額(円)								