

様式第二の二 (附則第二条関係)

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

(介護予防訪問介護・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・介護予防通所介護・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										平成			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										事業所番号																		
	(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										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			平成			年			月			日			中止年月日			平成			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 8.介護療養型医療施設入院																			
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										日			日			日			日									
	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										円/単位			円/単位			円/単位			円/単位			合計						
	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											