様式第二の三（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

（訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費）

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成		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
	要支援状態区分等	事業対象者・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	３．介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成			
	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

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	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					給付率（/100）
	⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥					事業
	⑧公費分単位数					公費
	⑨単位数単価	▲　円／単位	▲　円／単位	▲　円／単位	▲　円／単位	合計
	⑩事業費請求額					
	⑪利用者負担額					
	⑫公費請求額					
	⑬公費分本人負担					

	枚中		枚目