

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																			事業所名称							
	生年月日										所在地																
	要支援状態区分																			連絡先							
	認定有効期間										電話番号																
1.明治 2.大正 3.昭和										性別			1.男 2.女														
要支援1・要支援2																											
平成 年 月 日 から										平成 年 月 日 まで																	
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														保険												
	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		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									