

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												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																						
	(7桁)																						
	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																						
	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																										給付率 (/100)
	⑧公費分単位数																										事業
	⑨単位数単価					円/単位					円/単位											円/単位					公費
	⑩事業費請求額																										合計
	⑪利用者負担額																										
	⑫公費請求額																										
	⑬公費分本人負担																										