

様式第三の二（附則第二条関係）

介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防短期入所生活介護)

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							
	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 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	2.被保険者自己作成 3.介護予防支援事業者作成												入所年月日	平成			年			月			日	
	事業所番号													退所年月日	平成			年			月			日
	事業所名称												短期入所 実日数											

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計画単位数								
	②限度額管理対象単位数								
	③限度額管理対象外単位数								
	④給付単位数								
	⑤単位数単価				円／単位				
	⑥給付率			／100					／100
	⑦請求額（円）								
	⑧利用者負担額（円）								

特定入所者介護予防サービス費	サービス内容		サービスコード		費用単価(円)		負担限度額		日数		費用額(円)		保険分		公費日数		公費分		利用者負担額	
	合計																			
										保険分 請求額(円)				公費分 請求額			公費分本人負担月額			

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
	24	介護予防短期入所生活介護					