

様式第六の六（附則第二条関係）

地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用）)

公費負担者番号										平成 年 月														
公費受給者番号										保険者番号														
被保険者	被保険者番号											請求事業者	事業所番号											
	(フリガナ)												事業所名称											
	氏名												所在地	〒										
	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 2																						
認定有効期間	平成 年 月 日 から											連絡先	電話番号											
	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										入居年月日 平成 年 月 日													
	事業所番号										退居年月日 平成 年 月 日													
	事業所名称										短期利用 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）																								
										枚中 枚目														