

様式第七の二（附則第二条関係）

介護予防支援介護給付費明細書

										平成				年				月分												
公費負担者番号																														
										保険者番号																				
介護予防 支援事業者	事業所 番号																		〒											
	事業所 名称												所在地																	
													連絡先		電話番号															
													単位数単価						(円／単位)											

項 番	被 保 険 者	被保険者番号																		(フリガナ)												性別		1. 男 2. 女			
		公費受給者番号																		氏名																	
		生年 月 日		1. 明治 2. 大正 3. 昭和										要介護 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	
				年				月				日										平成				年				月				日		まで	
		担当介護支援 専門員番号																サービス計画 作成依頼 届出年月日		平成				年				月				日					
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				摘要				サービス単位数合計																
																					請求額合計																
項 番	被 保 険 者	被保険者番号																		(フリガナ)												性別		1. 男 2. 女			
		公費受給者番号																		氏名																	
		生年 月 日		1. 明治 2. 大正 3. 昭和										要介護 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	
				年				月				日										平成				年				月				日		まで	
		担当介護支援 専門員番号																サービス計画 作成依頼 届出年月日		平成				年				月				日					
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				摘要				サービス単位数合計																
																					請求額合計																