

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																						
	(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		日															
	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			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																
	⑦給付単位数（④⑤のうち 少ない数）＋⑥															事業	
	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
	⑩事業費請求額																
	⑪利用者負担額																
	⑫公費請求額																
	⑬公費分本人負担																