

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										令和										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												
	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		1. 平成 2. 令和						年 月 日		から 令和 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	1. 平成 2. 令和		年		月		日		中止 年月日		令和		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		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																		給付率 (/100)	
	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		合計	
	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																			

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			

		枚中				枚目	
--	--	----	--	--	--	----	--