

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										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												
			年				月		日									
	要支援状態区分	要支援１・要支援２																
認定有効期間	1. 平成			年				月				日	から					
	2. 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	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	1. 平成 2. 令和		年		月		日
	事業所番号										退所年月日	令和		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					