

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								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 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											
	事業所番号											
	事業所名称											

入居年月日	1. 平成			年			月			日	
退居年月日	2. 令和			年			月			日	
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
--	----	--	----