

様式第二の二（附則第二条関係）

介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書

（介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防居宅療養管理指導・介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）・介護予防小規模多機能型居宅介護（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              |                                                               |                |   |      |   |    |                  |           |        |       |              | 請求事業者   | 事業所番号 |           |            |           |   |    |   |  |    |  |    |  |
|                      | (フリガナ)              |                                                               |                |   |      |   |    |                  |           |        |       |              |         | 事業所名称 |           |            |           |   |    |   |  |    |  |    |  |
|                      | 氏名                  |                                                               |                |   |      |   |    |                  |           |        |       |              |         | 所在地   |           | 〒- - - - - |           |   |    |   |  |    |  |    |  |
|                      | 生年月日                |                                                               | 1.明治 2.大正 3.昭和 |   |      |   | 性別 |                  | 1. 男 2. 女 |        |       |              |         | 所在地   |           |            |           |   |    |   |  |    |  |    |  |
|                      | 要支援状態区分             |                                                               | 要支援 1・要支援 2    |   |      |   |    |                  |           |        |       |              |         | 所在地   |           |            |           |   |    |   |  |    |  |    |  |
|                      | 認定有効期間              |                                                               | 1. 平成 2. 令和    |   |      |   | 年  |                  | 月         |        | 日     |              |         | から    |           | 令和         |           | 年 |    | 月 |  | 日  |  | まで |  |
| 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 |           |            |           |   |    |   |  |    |  |    |  |
| 開始年月日                |                     | 1. 平成 2. 令和                                                   |                |   |      | 年 |    | 月                |           | 日      |       | 中止年月日        |         | 令和    |           | 年          |           | 月 |    | 日 |  |    |  |    |  |
| 中止理由                 |                     | 1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 9.介護医療院入所 |                |   |      |   |    |                  |           |        |       |              |         |       |           |            |           |   |    |   |  |    |  |    |  |
| 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   |        | 公費分回数 |              | 公費対象単位数 |       | 摘要        |            |           |   |    |   |  |    |  |    |  |
|                      |                     |                                                               |                |   |      |   |    |                  |           |        |       |              |         |       |           |            |           |   |    |   |  |    |  |    |  |
|                      |                     |                                                               |                |   |      |   |    |                  |           |        |       |              |         |       |           |            |           |   |    |   |  |    |  |    |  |
|                      |                     |                                                               |                |   |      |   |    |                  |           |        |       |              |         |       |           |            |           |   |    |   |  |    |  |    |  |
|                      |                     |                                                               |                |   |      |   |    |                  |           |        |       |              |         |       |           |            |           |   |    |   |  |    |  |    |  |
|                      |                     |                                                               |                |   |      |   |    |                  |           |        |       |              |         |       |           |            |           |   |    |   |  |    |  |    |  |
|                      |                     |                                                               |                |   |      |   |    |                  |           |        |       |              |         |       |           |            |           |   |    |   |  |    |  |    |  |
|                      |                     |                                                               |                |   |      |   |    |                  |           |        |       |              |         |       |           |            |           |   |    |   |  |    |  |    |  |
|                      |                     |                                                               |                |   |      |   |    |                  |           |        |       |              |         |       |           |            |           |   |    |   |  |    |  |    |  |
| 給付費明細欄<br>(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        |                                                               |                |   |      |   |    |                  |           |        |       |              |         |       |           |            | 給付率（/100） |   |    |   |  |    |  |    |  |
|                      | ⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥ |                                                               |                |   |      |   |    |                  |           |        |       |              |         |       |           |            | 保険        |   |    |   |  |    |  |    |  |
|                      | 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保険請求額              |                                                               |                |   |      |   |    |                  |           |        |       |              |         |       |           |            |           |   |    |   |  |    |  |    |  |
|                      | 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    |           |            |           |   |    |   |  |    |  |    |  |
|                      |                     |                                                               |                |   |      |   |    |                  |           |        |       |              |         |       |           |            |           |   |    |   |  |    |  |    |  |
|                      |                     |                                                               |                |   |      |   |    |                  |           |        |       |              |         |       |           |            |           |   |    |   |  |    |  |    |  |
|                      |                     |                                                               |                |   |      |   |    |                  |           |        |       |              |         |       |           |            |           |   |    |   |  |    |  |    |  |