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・その他生活支援サービス費　）

公費負担者番号								
公費受給者番号								

令和			年			月分
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				
	要支援状態区分等	事業対象者・要支援１・要支援２ （継続利用の場合　要介護１・２・３・４・５）								
	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等	3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成　1. 居宅介護支援事業者作成（継続利用の場合のみ）			
	事業所番号		事業所名称	

開始年月日	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		
	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