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	
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 　年 　月 　日 / 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	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