様式第七の二(附則第二条関係)

介護予防支援介護給付費明細書

令和		年		月分

公費負担者番号		保険者番号	

介護予防支援事業者	事業所番号		所在地	〒 —
	事業所名称		連絡先	電話番号
			単位数単価	(円／単位)

項番	被保険者																								
		被保険者番号										(フリガナ)								性別	1．男　2．女				
		公費受給者番号										氏名													
		生年月日	1．明治　2．大正　3．昭和									要介護状態区分	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		
					年			月			日					令和		年		月		日	まで		
		担当介護支援専門員番号										サービス計画作成依頼届出年月日	1．平成 2．令和		年		月		日						
	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			摘要		サービス単位数合計		
																							請求額合計		

項番	被保険者																								
		被保険者番号										(フリガナ)								性別	1．男　2．女				
		公費受給者番号										氏名													
		生年月日	1．明治　2．大正　3．昭和									要介護状態区分	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		
					年			月			日					令和		年		月		日	まで		
		担当介護支援専門員番号										サービス計画作成依頼届出年月日	1．平成 2．令和		年		月		日						
	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			摘要		サービス単位数合計		
																							請求額合計		