様式第三の二(附則第二条関係)

介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防短期入所生活介護)

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	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	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

入所年月日	令和	／	／	年	／	／	月	／	／ 日
退所年月日	令和	／	／	年	／	／	月	／	／ 日
短期入所 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)		

特定入所者介護予防サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
	合計									
				保険分 請求額(円)				公費分 請求額		公費分本人負担月額

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
	24	介護予防短期入所生活介護					

	枚中		枚目

備考　この用紙は、A列4番とすること。