様式第五の二(附則第二条関係)

介護予防サービス介護給付費明細書
(病院・診療所における介護予防短期入所療養介護)

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							

特定診療費

傷病名							
識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要
合計							

請求額集計欄

区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
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		10円／単位	10円／単位
⑥給付率	／100	／100	／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

	枚中		枚目

備考 この用紙は、A列4番とすること。