様式第七の三(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

(介護予防ケアマネジメント費)

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・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

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	区分	事業分	公費分
	①サービス単位数合計		
	②単位数単価	円／単位	
	③給付率		／100
	④事業費請求額(円)		

	枚中		枚目