様式第二の二(附則第二条関係)

# 介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書

(介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防居宅療養管理指導・介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・介護予防小規模多機能型居宅介護(短期利用))

| 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)<br>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<br>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 | | | | | | | | | |

| 開始年月日 | 1. 平成<br>2. 令和 | | | 年 | | | 月 | | | 日 | 中止年月日 | 令和 | | | 年 | | | 月 | | | 日 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 中止理由 | 1. 非該当 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 9. 介護医療院入所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 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 | | | | | | 公費分回数 | | 公費対象単位数 | | | | | | 摘要 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 給付費明細欄(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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 保険 | | | |
| | 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保険請求額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 |
|---|---|---|---|