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) 氏名		性別	1．男　2．女
		公費受給者番号					
		生年月日	1．明治　2．大正　3．昭和　年　月　日	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 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) 氏名		性別	1．男　2．女
		公費受給者番号					
		生年月日	1．明治　2．大正　3．昭和　年　月　日	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 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