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。