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。