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　年　月　日
	性別	1. 男　2. 女
	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