様式第二の三(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

(訪問型サービス費・通所型サービス費・その他生活支援サービス費)

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・要支援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									

介護予防サービス計画等	1. 居宅介護支援事業者作成(継続利用の場合のみ) 3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成												
	事業所番号											事業所名称	

開始年月日	令和			年			月			日	中止年月日	令和			年			月			日

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																																						
	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																																			事業			
	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事業費請求額																																						
	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