

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																				

平成			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			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	平成			年			月			日	から	平成			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	平成			年			月			日
退所年月日	平成			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						

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						