

様式第六の二 (附則第二条関係)

地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書  
(介護予防認知症対応型共同生活介護 (短期利用以外))

|         |  |
|---------|--|
| 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<br>(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 2 |       |       |    |      |      |    |   |   |   |
|      | 認定有効期間           | 1. 平成 | 2. 令和 | 年     | 月  | 日    | から   | 令和 | 年 | 月 | 日 |

|       |       |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|        |   |       |   |   |   |       |    |   |   |   |       |      |  |
|--------|---|-------|---|---|---|-------|----|---|---|---|-------|------|--|
| 入居年月日  | 1. 平成   | 2. 令和 | 年 | 月 | 日 | 退居年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 入居実日数 | 外泊日数 |  |
| 入居前の状況 | 1. 居宅 2. 医療機関 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院 |       |   |   |   |       |    |   |   |   |       |      |  |
| 退居後の状況 | 1. 居宅 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所                |       |   |   |   |       |    |   |   |   |       |      |  |

| 給付費明細欄 | サービス内容 | サービスコード | 単位数 | 回数<br>日数 | サービス単位数 | 公費分<br>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単位数合計   |      |      |
|             | ②単位数単価   | 円/単位 |      |
|             | ③給付率     | /100 | /100 |
|             | ④請求額 (円) |      |      |
| ⑤利用者負担額 (円) |          |      |      |