

#### 様式第六の四（附則第二条関係）

介護予防サービス介護給付費明細書  
(介護予防特定施設入居者生活介護)

|         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 公費受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                  |                  |                |  |   |  |   |   |    |           |   |    |
|------------------|------------------|----------------|--|---|--|---|---|----|-----------|---|----|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者<br>番号       |                |  |   |  |   |   |    |           |   |    |
|                  | (フリガナ)<br><br>氏名 |                |  |   |  |   |   |    |           |   |    |
|                  |                  |                |  |   |  |   |   |    |           |   |    |
|                  | 生年月日             | 1.明治 2.大正 3.昭和 |  |   |  |   |   | 性別 | 1. 男 2. 女 |   |    |
|                  |                  |                |  | 年 |  | 月 |   |    |           |   |    |
|                  | 要支援<br>状態区分      | 要支援 1 ・ 要支援 2  |  |   |  |   |   |    |           |   |    |
| 認定有効<br>期間       | 1. 平成            |                |  | 年 |  |   | 月 |    |           | 日 | から |
|                  | 2. 令和            |                |  | 年 |  |   | 月 |    |           | 日 | まで |

|                       |           |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |
|-----------------------|-----------|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|
| 請<br>求<br>事<br>業<br>者 | 事業所<br>番号 |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |
|                       | 事業所<br>名称 |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |
|                       | 所在地       | 〒 |  |  |  |  | － |  |  |  |  |  |
|                       |           |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |
| 連絡先                   | 電話番号      |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |  |

|           |   |  |  |   |  |  |   |  |  |   |           |    |  |  |   |  |  |   |  |  |   |       |  |  |      |  |  |  |
|-----------|---|--|--|---|--|--|---|--|--|---|-----------|----|--|--|---|--|--|---|--|--|---|-------|--|--|------|--|--|--|
| 入居<br>年月日 | 1. 平成   |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 | 退居<br>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<br>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<br>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外部利用型給付上限単位数   |     |  |  |      |      |     |  |  |      |  |
|            | ②外部利用型上限管理対象単位数 |     |  |  |      |      |     |  |  |      |  |
|            | ③外部利用型外給付単位数    |     |  |  |      |      |     |  |  |      |  |
|            | 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） |                 |     |  |  |      |      |     |  |  |      |  |

|  |    |  |    |
|--|----|--|----|
|  | 枚中 |  | 枚目 |
|--|----|--|----|