

様式第一の二 (附則第二条関係)

平成			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

介護予防・日常生活支援総合事業費
請求書

保 険 者

(別 記) 殿

下記のとおり請求します。

平成 年 月 日

事業所番号																
請求事業所	名 称															
	所在地	〒														
連絡先																

事業費請求

区分	サービス費用					
	件数	単位数	費用合計	事業費 請求額	公費 請求額	利用者負担
訪問型サービス費・ 通所型サービス費・ その他の生活支援サービス費						
介護予防ケアマネジメント費						
合 計						

公費請求

区 分	サービス費用			
	件数	単位数	費用合計	公費請求額
12 生 保 訪問型サービス費・ 通所型サービス費・ その他の生活支援サービス費				
生 保 介護予防ケアマネジメント費				
81 被爆者助成				
58 障害者・支援措置 (全額免除)				
25 中国残留邦人等				
合 計				