

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										

サービス内容	サービスコード	単位数	回数 回数	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)		

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						