

様式第七の三 (附則第二条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
(介護予防ケアマネジメント費)

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	事業対象者・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										

事業費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要

事業費明細欄 (住所特例対象者)	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	施設所在保険者番号	摘要

請求額集計欄	区分	事業分				公費分			
	①サービス単位数合計								
	②単位数単価				円/単位				
	③給付率							/100	
④事業費請求額(円)									