様式第二の三（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

（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）

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	
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名	
	生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和　年　月　日
	性別	1．男　2．女
	要支援状態区分等	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

介護予防サービス計画			
	３．介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成		
	事業所番号	事業所名称	

開始年月日	平成　年　月　日	中止年月日	平成　年　月　日

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（住所地特例対象者）

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

①サービス種類コード／②名称						
③サービス実日数	日	日	日	日		
④計画単位数						
⑤限度額管理対象単位数						
⑥限度額管理対象外単位数					給付率（/100）	
⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥					事業	
⑧公費分単位数					公費	
⑨単位数単価	円／単位	円／単位	円／単位	円／単位	合計	
⑩事業費請求額						
⑪利用者負担額						
⑫公費請求額						
⑬公費分本人負担						

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

	枚中		枚目