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	

令和			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・２ （継続利用の場合　要介護１・２・３・４・５）					
認定有効期間	1. 平成 2. 令和	年	月	日	から	
	令和	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	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）			

	枚中		枚目