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		令和		年		月分
公費受給者番号		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					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	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							

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	1. 平成 2. 令和			年		月		日	中止年月日	令和		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		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