

様式第二の二（附則第二条関係）

介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書

（介護予防訪問介護・介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防居宅療養管理指導・介護予防通所介護・介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護）

|         |  |       |  |   |  |   |  |   |
|---------|--|-------|--|---|--|---|--|---|
| 公費負担者番号 |  | 平成    |  | 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       |                |  |   |    |           |  |   |    |    |  |   |  |   |  |   |
|      | (フリガナ)<br>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 |

|       |       |      |  |  |   |  |  |  |  |  |  |
|-------|-------|------|--|--|---|--|--|--|--|--|--|
| 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 |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|       |   |  |   |  |   |  |   |       |    |  |   |  |   |  |   |
|-------|---|--|---|--|---|--|---|-------|----|--|---|--|---|--|---|
| 開始年月日 | 平成  |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 中止年月日 | 平成 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 中止理由  | 1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院 |  |   |  |   |  |   |       |    |  |   |  |   |  |   |

| 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 |
|--------|---------|-----|----|---------|-------|---------|----|
|        |         |     |    |         |       |         |    |
|        |         |     |    |         |       |         |    |
|        |         |     |    |         |       |         |    |
|        |         |     |    |         |       |         |    |
|        |         |     |    |         |       |         |    |
|        |         |     |    |         |       |         |    |
|        |         |     |    |         |       |         |    |
|        |         |     |    |         |       |         |    |
|        |         |     |    |         |       |         |    |
|        |         |     |    |         |       |         |    |

|        |                     |   |      |   |      |   |      |   |      |   |      |
|--------|---------------------|---|------|---|------|---|------|---|------|---|------|
| 請求額集計欄 | ①サービス種類コード<br>／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        |   |      |   |      |   |      |   |      |   |      |
|        | ⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥ |   |      |   |      |   |      |   |      |   |      |
|        | ⑧公費分単位数             |   |      |   |      |   |      |   |      |   |      |
|        | ⑨単位数単価              | ▲ | 円／単位 | ▲ | 円／単位 | ▲ | 円／単位 | ▲ | 円／単位 | ▲ | 円／単位 |
|        | ⑩保険請求額              |   |      |   |      |   |      |   |      |   |      |
|        | 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 |
|---------------|-----------------|----------|------------------|--------|--------------|----|
|               | 61              | 介護予防訪問介護 |                  |        |              |    |
| 65            | 介護予防通所介護        |          |                  |        |              |    |
| 74            | 介護予防認知症対応型通所介護  |          |                  |        |              |    |
| 75            | 介護予防小規模多機能型居宅介護 |          |                  |        |              |    |