

様式第六の二 (附則第二条関係)

地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書  
(介護予防認知症対応型共同生活介護 (短期利用以外))

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	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																

入居年月日	平成		年		月		日	退居年月日	平成		年		月		日	入居実日数		外泊日数	
退居後の状況	1.居宅 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																		

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
		合計							

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	①単位数合計		
	②単位数単価	円/単位	
	③給付率	/100	/100
	④請求額 (円)		
⑤利用者負担額 (円)			