

介護予防支援介護給付費明細書

平成		年		月分
----	--	---	--	----

公費負担者番号									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

保険者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護予防 支援事業者	事業所 番号									所在地	〒								
	事業所 名称																		
	連絡先									電話番号									
	単位数単価																		(円/単位)

項番	被保険者										請求計算															
		被保険者番号										(フリガナ)								サービスコード						
公費受給者番号											氏名															
生年月日		1.明治	2.大正	3.昭和							性別	1.男	2.女						単位数							
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	まで	請求金額			
担当介護支援 専門員番号							サービス計 画作成依頼 届出年月日	平成		年		月		日						摘要						
	被保険者番号										(フリガナ)									サービスコード						
	公費受給者番号										氏名															
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和							性別	1.男	2.女						単位数							
	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	まで	請求金額			
	担当介護支援 専門員番号						サービス計 画作成依頼 届出年月日	平成		年		月		日						摘要						
	被保険者番号										(フリガナ)									サービスコード						
	公費受給者番号										氏名															
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和							性別	1.男	2.女						単位数							
	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	まで	請求金額			
	担当介護支援 専門員番号						サービス計 画作成依頼 届出年月日	平成		年		月		日						摘要						
	被保険者番号										(フリガナ)									サービスコード						
	公費受給者番号										氏名															
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和							性別	1.男	2.女						単位数							
	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	まで	請求金額			
	担当介護支援 専門員番号						サービス計 画作成依頼 届出年月日	平成		年		月		日						摘要						