

様式第三の二（附則第二条関係）

介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防短期入所生活介護)

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)																					
	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		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	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																					
入所年月日		平成				年				月				日								
退所年月日		平成				年				月				日								
短期入所 実日数																						
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計画単位数																					
	②限度額管理対象単位数																					
	③限度額管理対象外単位数																					
	④給付単位数																					
	⑤単位数単価						円／単位															
	⑥給付率						／100						／100									
	⑦請求額（円）																					
⑧利用者負担額（円）																						
特定入所者介護予防サービス費	サービス内容		サービスコード		費用単価(円)		負担限度額		日数		費用額(円)		保険分		公費日数		公費分		利用者負担額			
	合計																					
										保険分 請求額(円)				公費分 請求額				公費分本人負担月額				
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						
24		介護予防短期入所生活介護																				
																			枚中		枚目	