様式第七の二（附則第二条関係）

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	被保険者番号										(フリガナ) 氏名						性別	1. 男　2. 女						
		公費受給者番号																							
		生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和									要介護状態区分	要支援１・要支援２	認定有効期間	平成		年		月		日	から			
					年		月		日						平成		年		月		日	まで			
		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						
	給付費明細欄	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			摘要		サービス単位数合計				
																					請求額合計				

項番																									
	被保険者	被保険者番号										(フリガナ) 氏名						性別	1. 男　2. 女						
		公費受給者番号																							
		生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和									要介護状態区分	要支援１・要支援２	認定有効期間	平成		年		月		日	から			
					年		月		日						平成		年		月		日	まで			
		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						
	給付費明細欄	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			摘要		サービス単位数合計				
																					請求額合計				