

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

|    |  |   |  |    |
|----|--|---|--|----|
| 令和 |  | 年 |  | 月分 |
|----|--|---|--|----|

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

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

|               |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |        |     |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--------|-----|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 介護予防<br>支援事業者 | 事業所<br>番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       | 所在地    | 〒   |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|               | 事業所<br>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) |             |               |            |       |   |   |   |    |   |   |  | 性別 | 1. 男 2. 女 |    |
|                 |      | 公費受給者番号 |                   |  |     |  |   |    |       |         |  |                         |        | 氏名          |               |            |       |   |   |   |    |   |   |  |    |           |    |
|                 |      | 生年月日    | 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 |  |     |  |   |    |       |         |  |                         |        | 要介護<br>状態区分 | 要支援1・<br>要支援2 | 認定<br>有効期間 | 1. 平成 |   |   | 年 |    |   | 月 |  |    | 日         | から |
|                 |      |         | 年                 |  | 月   |  | 日 |    | 2. 令和 |         |  | 年                       |        |             |               |            |       | 月 |   | 日 | まで |   |   |  |    |           |    |
| 担当介護支援<br>専門員番号 |      |         |                   |  |     |  |   |    |       |         |  | サービス計画<br>作成依頼<br>届出年月日 | 1. 平成  |             |               | 年          |       |   | 月 |   | 日  | / |   |  |    |           |    |
| 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) |             |               |            |       |   |   |   |    |   |   |  | 性別 | 1. 男 2. 女 |    |
|                 |      | 公費受給者番号 |                   |  |     |  |   |    |       |         |  |                         |        | 氏名          |               |            |       |   |   |   |    |   |   |  |    |           |    |
|                 |      | 生年月日    | 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 |  |     |  |   |    |       |         |  |                         |        | 要介護<br>状態区分 | 要支援1・<br>要支援2 | 認定<br>有効期間 | 1. 平成 |   |   | 年 |    |   | 月 |  |    | 日         | から |
|                 |      |         | 年                 |  | 月   |  | 日 |    | 2. 令和 |         |  | 年                       |        |             |               |            |       | 月 |   | 日 | まで |   |   |  |    |           |    |
| 担当介護支援<br>専門員番号 |      |         |                   |  |     |  |   |    |       |         |  | サービス計画<br>作成依頼<br>届出年月日 | 1. 平成  |             |               | 年          |       |   | 月 |   | 日  | / |   |  |    |           |    |
| 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 |   |   |   |    |   |   |  |    |           |    |
|                 |      |         |                   |  |     |  |   |    |       |         |  |                         |        |             |               |            | /     |   |   |   |    |   |   |  |    |           |    |
|                 |      |         |                   |  |     |  |   |    |       |         |  |                         |        |             |               |            |       |   |   |   |    |   |   |  |    |           |    |
|                 |      |         |                   |  |     |  |   |    |       |         |  |                         |        |             |               |            |       |   |   |   |    |   |   |  |    |           |    |
|                 |      |         |                   |  |     |  |   |    |       |         |  |                         |        |             |               |            |       |   |   |   |    |   |   |  |    |           |    |