様式第４の２

介護予防サービス介護給付費明細書

（介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護）

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	
(ﾌﾘｶﾞﾅ)	
氏名	
生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和　年　月　日
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							

緊急時施設療養費

緊急時傷病名	① ② ③	緊急時治療開始年月日	①平成　年　月　日 ②平成　年　月　日 ③平成　年　月　日
緊急時治療管理（再掲）	単位	単位×	日

特定治療			摘要
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	点		
処置	点		
手術	点		
麻酔	点		
放射線治療	点		
合計	点		

往診日数	医療機関名	通院日数	医療機関名

請求額集計欄

区分	保険分	公費分	保険分特定治療	公費分特定治療
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給付点数・単位数				
⑤点数・単位数単価	円／単位		10 円／点	10 円／点
⑥給付率	／100	／100	／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

	枚中		枚目