様式第５の２

# 介護予防サービス介護給付費明細書

（病院・診療所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)<br>氏名 | | |
| 生年月日 | 1.明治　2.大正　3.昭和<br>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<br>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 | | | | | | | |

特定診療費

| 傷病名 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 識別番号 | 内容 | 単位数 | 回数 | 保険分単位数 | 公費回数 | 公費分単位数 | 摘要 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 合計 | | | | | | | |

請求額集計欄

| 区分 | 保険分 | 公費分 | 保険分特定診療費 | 公費分特定診療費 |
|---|---|---|---|---|
| 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 | | 10 円／単位 | 10 円／単位 |
| 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 |