

地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書
 (介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用以外))

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 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																				

入居年月日	平成			年			月			日	退居年月日	平成			年			月			日	入居実日数						外泊日数					
退居後の状況	1.居宅 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院																																

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					
	単位数合計							
	単位数単価			円/単位				
	給付率			/ 100				/ 100
	請求額(円)							
	利用者負担額(円)							