様式第６の４

介護予防サービス介護給付費明細書
（介護予防特定施設入居者生活介護）

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

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
①外部利用型給付上限単位数		
②外部利用型上限管理対象単位数		
③給付単位数		
④単位数単価	円／単位	
⑤給付率	／100	／100
⑥請求額（円）		
⑦利用者負担額（円）		

	枚中		枚目