

介護予防支援介護給付費明細書

|    |  |  |   |  |  |    |
|----|--|--|---|--|--|----|
| 平成 |  |  | 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            |           |      |      |  |  |  |  |  |  |  |                         |         |  |   |  |   |             | 請求計算 |    |          |    |  |  |  |  |
|----|-----------------|-----------|------|------|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------|---------|--|---|--|---|-------------|------|----|----------|----|--|--|--|--|
|    | 被保険者番号          |           |      |      |  |  |  |  |  |  |  | (フリガナ)                  |         |  |   |  |   | サービス<br>コード |      |    |          |    |  |  |  |  |
|    | 公費受給者番号         |           |      |      |  |  |  |  |  |  |  | 氏名                      |         |  |   |  |   |             |      |    |          |    |  |  |  |  |
|    | 生年月日            | 1.明治      | 2.大正 | 3.昭和 |  |  |  |  |  |  |  | 性別                      | 1.男 2.女 |  |   |  |   | 単位数         |      |    |          |    |  |  |  |  |
|    | 要支援<br>状態区分     | 要支援1・要支援2 |      |      |  |  |  |  |  |  |  | 認定<br>有効期間              | 平成      |  | 年 |  | 月 |             | 日    | から | 請求<br>金額 |    |  |  |  |  |
|    | 担当介護支援<br>専門員番号 |           |      |      |  |  |  |  |  |  |  | サービス計<br>画作成依頼<br>届出年月日 | 平成      |  | 年 |  | 月 |             | 日    | まで |          | 摘要 |  |  |  |  |
|    | 被保険者番号          |           |      |      |  |  |  |  |  |  |  | (フリガナ)                  |         |  |   |  |   | サービス<br>コード |      |    |          |    |  |  |  |  |
|    | 公費受給者番号         |           |      |      |  |  |  |  |  |  |  | 氏名                      |         |  |   |  |   |             |      |    |          |    |  |  |  |  |
|    | 生年月日            | 1.明治      | 2.大正 | 3.昭和 |  |  |  |  |  |  |  | 性別                      | 1.男 2.女 |  |   |  |   | 単位数         |      |    |          |    |  |  |  |  |
|    | 要支援<br>状態区分     | 要支援1・要支援2 |      |      |  |  |  |  |  |  |  | 認定<br>有効期間              | 平成      |  | 年 |  | 月 |             | 日    | から | 請求<br>金額 |    |  |  |  |  |
|    | 担当介護支援<br>専門員番号 |           |      |      |  |  |  |  |  |  |  | サービス計<br>画作成依頼<br>届出年月日 | 平成      |  | 年 |  | 月 |             | 日    | まで |          | 摘要 |  |  |  |  |
|    | 被保険者番号          |           |      |      |  |  |  |  |  |  |  | (フリガナ)                  |         |  |   |  |   | サービス<br>コード |      |    |          |    |  |  |  |  |
|    | 公費受給者番号         |           |      |      |  |  |  |  |  |  |  | 氏名                      |         |  |   |  |   |             |      |    |          |    |  |  |  |  |
|    | 生年月日            | 1.明治      | 2.大正 | 3.昭和 |  |  |  |  |  |  |  | 性別                      | 1.男 2.女 |  |   |  |   | 単位数         |      |    |          |    |  |  |  |  |
|    | 要支援<br>状態区分     | 要支援1・要支援2 |      |      |  |  |  |  |  |  |  | 認定<br>有効期間              | 平成      |  | 年 |  | 月 |             | 日    | から | 請求<br>金額 |    |  |  |  |  |
|    | 担当介護支援<br>専門員番号 |           |      |      |  |  |  |  |  |  |  | サービス計<br>画作成依頼<br>届出年月日 | 平成      |  | 年 |  | 月 |             | 日    | まで |          | 摘要 |  |  |  |  |
|    | 被保険者番号          |           |      |      |  |  |  |  |  |  |  | (フリガナ)                  |         |  |   |  |   | サービス<br>コード |      |    |          |    |  |  |  |  |
|    | 公費受給者番号         |           |      |      |  |  |  |  |  |  |  | 氏名                      |         |  |   |  |   |             |      |    |          |    |  |  |  |  |
|    | 生年月日            | 1.明治      | 2.大正 | 3.昭和 |  |  |  |  |  |  |  | 性別                      | 1.男 2.女 |  |   |  |   | 単位数         |      |    |          |    |  |  |  |  |
|    | 要支援<br>状態区分     | 要支援1・要支援2 |      |      |  |  |  |  |  |  |  | 認定<br>有効期間              | 平成      |  | 年 |  | 月 |             | 日    | から | 請求<br>金額 |    |  |  |  |  |
|    | 担当介護支援<br>専門員番号 |           |      |      |  |  |  |  |  |  |  | サービス計<br>画作成依頼<br>届出年月日 | 平成      |  | 年 |  | 月 |             | 日    | まで |          | 摘要 |  |  |  |  |