様式第七の二

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						

介護予防支援事業者	事業所番号		所在地	〒　－
	事業所名称			
			連絡先	電話番号
			単位数単価	（円／単位）

項番																								
	被保険者	被保険者番号										(フリガナ)								性別	1. 男　2. 女			
												氏名												
		公費受給者番号																						
		生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和									要介護状態区分	要支援１・要支援２	認定有効期間	平成		年		月		日	から		
				年		月		日							平成		年		月		日	まで		
		担当介護支援専門員番号										サービス計画作成依頼届出年月日	平成		年		月		日					

給付費明細欄							
サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要	サービス単位数合計	
						請求額合計	

項番																								
	被保険者	被保険者番号										(フリガナ)								性別	1. 男　2. 女			
												氏名												
		公費受給者番号																						
		生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和									要介護状態区分	要支援１・要支援２	認定有効期間	平成		年		月		日	から		
				年		月		日							平成		年		月		日	まで		
		担当介護支援専門員番号										サービス計画作成依頼届出年月日	平成		年		月		日					

給付費明細欄							
サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要	サービス単位数合計	
						請求額合計	