

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	
		公費受給者番号								氏名													
		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	/					
		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	
		公費受給者番号								氏名													
		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	/					
		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						
																	/						