

様式第二の二 (附則第二条関係)

介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書

(介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防居宅療養管理指導・介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護 (短期利用以外)・介護予防小規模多機能型居宅介護 (短期利用))

| | | | | | | | | | | |
|-------------------|---|-----------|---------------|------|-------------------|-------|---------|-----------|---------------|----|
| 公費負担者番号 | | 平成 | | 年 | | 月分 | | | | |
| 公費受給者番号 | | 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1・要支援2 | | | | | | | | |
| | 認定有効期間 | 平成 | 年 | 月 | 日 | から | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 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 | | | | | | | | |
| 介護予防サービス計画 | 2.被保険者自己作成 | | 3.介護予防支援事業者作成 | | | | | | | |
| 開始年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 中止年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | |
| 中止理由 | 1.非該当 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 9.介護医療院入所 | | | | | | | | | |
| 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 | 公費分回数 | 公費対象単位数 | 摘要 | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 給付費明細欄 (住所地特例対象者) | 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 | 公費分回数 | 公費対象単位数 | 施設所在保険者番号 | 摘要 | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 請求額集計欄 | ①サービス種類コード / ②名称 | | | | | | | | | |
| | ③サービス実日数 | | 日 | | 日 | | 日 | | 日 | |
| | ④計画単位数 | | | | | | | | | |
| | ⑤限度額管理対象単位数 | | | | | | | | | |
| | ⑥限度額管理対象外単位数 | | | | | | | | 給付率 (/100) | |
| | ⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥ | | | | | | | | 保険 | |
| | ⑧公費分単位数 | | | | | | | | 公費 | |
| | ⑨単位数単価 | | 円/単位 | | 円/単位 | | 円/単位 | | 円/単位 | 合計 |
| | ⑩保険請求額 | | | | | | | | | |
| | ⑪利用者負担額 | | | | | | | | | |
| | ⑫公費請求額 | | | | | | | | | |
| | ⑬公費分本人負担 | | | | | | | | | |
| | 社会福祉法人等による軽減欄 | 軽減率 | | % | 受領すべき利用者負担の総額 (円) | | 軽減額 (円) | | 軽減後利用者負担額 (円) | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |