

様式第三の二 (附則第二条関係)

介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防短期入所生活介護)

公費負担者番号																				
公費受給者番号																				

令和						年						月分								
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														
		年	月	日																
要支援状態区分	要支援 1・要支援 2																			
認定有効期間	1.平成 2.令和		年	月	日	から														まで
	令和		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																			
	事業所番号																			
	事業所名称																			

入所年月日	1.平成 2.令和		年	月	日																															
退所年月日	令和		年		月		日																													
短期入所 実日数																																				

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								

区分	保険分	公費分
①計画単位数		
②限度額管理対象単位数		
③限度額管理対象外単位数		
④給付単位数		
⑤単位数単価	円/単位	
⑥給付率	/100	/100
⑦請求額(円)		
⑧利用者負担額(円)		

特定入所者介護予防サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額	
	合計										
						保険分 請求額(円)		公費分 請求額		公費分本人負担月額	

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)	備考
	24		介護予防短期入所生活介護			