

様式第七の三（附則第二条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
 (介護予防ケアマネジメント費)

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					
	要支援状態区分	事業対象者・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				

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										

事業費明細欄	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	

事業費明細欄 (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	区分	事業分	公費分
	①サービス単位数合計		
	②単位数単価	円/単位	
	③給付率		/100
	④事業費請求額(円)		