

様式第六の六（附則第二条関係）

地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書
 （介護予防認知症対応型共同生活介護（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 2											
認定有効期間	平成			年			月			日	から		
	平成			年			月			日	まで		

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								

入居年月日	平成			年			月			日
退居年月日	平成			年			月			日
短期利用 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							

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	計画単位数		
	限度額管理対象単位数		
	限度額管理対象外単位数		
	給付単位数		
	単位数単価	円 / 単位	
	給付率	/ 100	/ 100
	請求額（円）		
利用者負担額（円）			