

様式第四の二（附則第二条関係）

介護予防サービス介護給付費明細書
（介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護）

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	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	

入所年月日	平成		年		月		日
退所年月日	平成		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							

緊急時施設療養費	緊急時傷病名				緊急時治療開始年月日	平成		年		月		日	
	緊急時治療管理(再掲)	単位	単位 ×	日									
	特定治療	リハビリテーション	点	摘要									
		処置	点										
		手術	点										
		麻酔	点										
放射線治療		点											
	合計	点											
往診日数	医療機関名		通院日数	医療機関名									

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定治療	公費分特定治療
	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				
	給付点数・単位数				
	点数・単位数単価	円 / 単位		10 円 / 点	10 円 / 点
	給付率	/ 100	/ 100	/ 100	/ 100
	請求額(円)				
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