

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)<br>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 |

|       |       |      |  |  |  |   |  |  |  |  |  |
|-------|-------|------|--|--|--|---|--|--|--|--|--|
| 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<br>日数 | サービス単位数 | 公費分<br>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） |             |        |       |