

介護予防支援介護給付費明細書

										平成				年				月分												
公費負担者番号																														
										保険者番号																				
介護予防 支援事業者	事業所 番号									所在地	〒												一							
	事業所 名称										連絡先	電話番号																		
											単位数単価					(円／単位)														

項番	被保険者	被保険者番号										(フリガナ)												性別	1. 男		2. 女	
		公費受給者番号										氏名																
		生年 月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和										要介護 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				
				年		月		日	平成			年					月		日	まで								
		担当介護支援 専門員番号										サービス計画 作成依頼 届出年月日		平成			年		月		日							
	給付費明細欄	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		摘要		サービス単位数合計									
																			請求額合計									
項番	被保険者	被保険者番号										(フリガナ)												性別	1. 男		2. 女	
		公費受給者番号										氏名																
		生年 月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和										要介護 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				
				年		月		日	平成			年					月		日	まで								
		担当介護支援 専門員番号										サービス計画 作成依頼 届出年月日		平成			年		月		日							
	給付費明細欄	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		摘要		サービス単位数合計									
																			請求額合計									