

様式第三の二（附則第二条関係）

介護予防サービス介護給付費明細書
（介護予防短期入所生活介護）

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																						
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）																						
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			
社会福祉法人等による軽減欄		軽減率				%		受領すべき利用者負担の総額（円）				軽減額（円）				軽減後利用者負担額（円）				備考			
24		介護予防短期入所生活介護																					
														枚中		枚目							