

様式第六の二（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（短期利用以外））

|           |                |                                                                                     |  |   |      |     |   |      |  |          |           |         |       |   |            |         |  |   |   |    |   |       |    |  |      |  |  |
|-----------|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|---|------|-----|---|------|--|----------|-----------|---------|-------|---|------------|---------|--|---|---|----|---|-------|----|--|------|--|--|
| 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<br>(7桁) |                                                                                     |  |   |      |     |   |      |  |          |           |         |       |   |            |         |  |   |   |    |   |       |    |  |      |  |  |
|           | 氏名             |                                                                                     |  |   |      |     |   |      |  |          |           |         |       |   |            |         |  |   |   |    |   |       |    |  |      |  |  |
|           | 生年月日           | 1.明治                                                                                |  |   | 2.大正 |     |   | 3.昭和 |  |          | 性別        | 1.男 2.女 |       |   |            |         |  |   |   |    |   |       |    |  |      |  |  |
|           | 要支援<br>状態区分    | 要支援 2                                                                               |  |   |      |     |   |      |  |          |           |         |       |   |            |         |  |   |   |    |   |       |    |  |      |  |  |
|           | 認定有効<br>期間     | 平成                                                                                  |  |   | 年    |     |   | 月    |  |          | 日         | から      | 平成    |   |            | 年       |  |   | 月 |    |   | 日     | まで |  |      |  |  |
| 請求事業者     | 事業所<br>番号      |                                                                                     |  |   |      |     |   |      |  |          |           |         |       |   |            |         |  |   |   |    |   |       |    |  |      |  |  |
|           | 事業所<br>名称      |                                                                                     |  |   |      |     |   |      |  |          |           |         |       |   |            |         |  |   |   |    |   |       |    |  |      |  |  |
|           | 所在地            | 〒                                                                                   |  |   | -    |     |   |      |  |          |           |         |       |   |            |         |  |   |   |    |   |       |    |  |      |  |  |
|           | 連絡先            | 電話番号                                                                                |  |   |      |     |   |      |  |          |           |         |       |   |            |         |  |   |   |    |   |       |    |  |      |  |  |
| 入居<br>年月日 | 平成             |                                                                                     |  | 年 |      |     | 月 |      |  | 日        | 退居<br>年月日 | 平成      |       |   | 年          |         |  | 月 |   |    | 日 | 入居実日数 |    |  | 外泊日数 |  |  |
| 入居前の状況    |                | 1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護<br>7.特定施設入居者生活介護 8.その他 |  |   |      |     |   |      |  |          |           |         |       |   |            |         |  |   |   |    |   |       |    |  |      |  |  |
| 退居後の状況    |                | 1.居宅 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院                    |  |   |      |     |   |      |  |          |           |         |       |   |            |         |  |   |   |    |   |       |    |  |      |  |  |
| 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     |       |   |            |         |  |   |   |    |   |       |    |  |      |  |  |
|           | 単位数合計          |                                                                                     |  |   |      |     |   |      |  |          |           |         |       |   |            |         |  |   |   |    |   |       |    |  |      |  |  |
|           | 単位数単価          |                                                                                     |  |   |      |     |   |      |  |          |           | 円 / 単位  |       |   |            |         |  |   |   |    |   |       |    |  |      |  |  |
|           | 給付率            |                                                                                     |  |   |      |     |   |      |  |          |           | / 100   | / 100 |   |            |         |  |   |   |    |   |       |    |  |      |  |  |
|           | 請求額（円）         |                                                                                     |  |   |      |     |   |      |  |          |           |         |       |   |            |         |  |   |   |    |   |       |    |  |      |  |  |
| 利用者負担額（円） |                |                                                                                     |  |   |      |     |   |      |  |          |           |         |       |   |            |         |  |   |   |    |   |       |    |  |      |  |  |
| 枚中 枚目     |                |                                                                                     |  |   |      |     |   |      |  |          |           |         |       |   |            |         |  |   |   |    |   |       |    |  |      |  |  |