

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							
			年			月			日										
	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										入所年月日	平成			年			月			日			
	事業所番号													退所年月日	平成			年			月			日
	事業所名称										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)				
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	

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					