様式第二の二（附則第二条関係）

介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書

（介護予防訪問介護・介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防居宅療養管理指導・介護予防通所介護・介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護）

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					
(ﾌﾘｶﾞﾅ)					
氏名					
生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和　年　月　日	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	

開始年月日	平成		年		月		日	中止年月日	平成		年		月		日
中止理由	1.非該当　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	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要

請求額集計欄							
①サービス種類コード／②名称							
③サービス実日数		日		日		日		日	
④計画単位数							
⑤限度額管理対象単位数							
⑥限度額管理対象外単位数							給付率（/100）
⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥							保険
⑧公費分単位数							公費
⑨単位数単価	▲	円／単位	▲	円／単位	▲	円／単位	▲	円／単位	合計
⑩保険請求額							
⑪利用者負担額							
⑫公費請求額							
⑬公費分本人負担							

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
61	介護予防訪問介護				
65	介護予防通所介護				
74	介護予防認知症対応型通所介護				
75	介護予防小規模多機能型居宅介護				

	枚中		枚目