

様式第五の二 (附則第二条関係)

介護予防サービス介護給付費明細書
(病院・診療所における介護予防短期入所療養介護)

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								

特定診療費	傷病名							
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要
合計								

区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
①計画単位数				
②限度額管理対象単位数				
③限度額管理対象外単位数				
④給付単位数				
⑤単位数単価	円/単位		10円/単位	10円/単位
⑥給付率	/100	/100	/100	/100
⑦請求額(円)				
⑧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