様式第七の二（附則第二条関係）

介護予防支援介護給付費明細書

平成		年		月分

公費負担者番号		保険者番号	

介護予防支援事業者	事業所番号		所在地	〒　－
	事業所名称		連絡先	電話番号
			単位数単価	（円／単位）

項番																						
	被保険者	被保険者番号		(フリガナ) 氏名			性別	1．男　2．女														
		公費受給者番号																				
		生年月日	1．明治　2．大正　3．昭和　年　月　日	要介護状態区分	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															
		担当介護支援専門員番号		サービス計画作成依頼届出年月日	平成　年　月　日																	
	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	摘要	サービス単位数合計 請求額合計														
項番																						
	被保険者	被保険者番号		(フリガナ) 氏名			性別	1．男　2．女														
		公費受給者番号																				
		生年月日	1．明治　2．大正　3．昭和　年　月　日	要介護状態区分	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															
		担当介護支援専門員番号		サービス計画作成依頼届出年月日	平成　年　月　日																	
	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	摘要	サービス単位数合計 請求額合計														