様式第二の三（附則第二条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書

（訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費）

公費負担者番号	
公費受給者番号	

令和		年		月分
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			
要支援状態区分等	事業対象者・要支援１・要支援２					
認定有効期間	1. 平成 2. 令和	年	月	日	から	
	令和	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			
	３．介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成		
	事業所番号	事業所名称	

開始年月日	1. 平成 2. 令和	年	月	日	中止年月日	令和	年	月	日

事業費明細欄

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

事業費明細欄（住所地特例対象者）

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	施設所在保険者番号	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									事業
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事業費請求額									
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

	枚中		枚目