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											
	（フリガナ） 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	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					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