様式第三の二（附則第二条関係）

介護予防サービス介護給付費明細書
（介護予防短期入所生活介護）

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	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	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	令和		年		月		日	
退所年月日	令和		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							

請求額集計欄

区分	保険分	公費分
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	
⑥給付率	／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

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
	24	介護予防短期入所生活介護					

	枚中		枚目

備考　この用紙は、A列4番とすること。