様式第六の六(附則第二条関係)

地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防認知症対型共同生活介護(短期利用))

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

入居年月日	令和		年		月		日	
退居年月日	令和		年		月		日	
短期利用　実日数								

費明細	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)		

	枚中		枚目

備考　この用紙は、A列4番とすること。