様式第七の三（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

（介護予防ケアマネジメント費）

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	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

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	区分	事業分	公費分
	①サービス単位数合計		
	②単位数単価	円／単位	
	③給付率		／100
	④事業費請求額（円）		

	枚中		枚目