様式第一号の次に次の一様式を加える。

様式第一の二（附則第二条関係）

平成		年		月分

介護予防・日常生活支援総合事業費
請求書

事業所番号										
請求事業所	名　称									
	所在地	〒				－				
	連絡先									

保　険　者

（別　記）殿

下記のとおり請求します。　　平成　　年　　月　　日

事業費請求

区分	サービス費用					
	件数	単位数	費用合計	事業費 請求額	公費 請求額	利用者負担
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						
介護予防ケアマネジメント費						
合　計						

公費請求

区　分		サービス費用			
		件数	単位数	費用合計	公費請求額
12	生　保 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				
	生　保 介護予防ケアマネジメント費				
81	被爆者助成				
58	障害者・支援措置（全額免除）				
25	中国残留邦人等				
合　計					