様式第二の三（附則第二条関係）

様式第二号の二の次に次の一様式を加える。

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	

平成　年　月分

保険者番号

被保険者		
	被保険者番号	
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 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	平成　年　月　日から 平成　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									中止年月日							
	平成		年		月		日			平成		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			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												

	枚中		枚目