様式第二の二を次のように改める。

様式第二の二（附則第二条関係）

介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書

（介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防居宅療養管理指導・介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）・介護予防小規模多機能型居宅介護（短期利用））

公費負担者番号		平成　年　月分	
公費受給者番号		保険者番号	

被保険者		請求事業者	
被保険者番号		事業所番号	
(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名		事業所名称	
生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和　年　月　日	性別	1．男　2．女
		所在地	〒　－
要支援状態区分	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	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	

開始年月日	平成　年　月　日	中止年月日	平成　年　月　日
中止理由	1.非該当　3.医療機関入院　4.死亡　5.その他　6.介護老人福祉施設入所　7.介護老人保健施設入所　8.介護療養型医療施設入院　9.介護医療院入所		

給付費明細欄

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

給付費明細欄（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				保険
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保険請求額				
⑪利用者負担額				
⑫公費請求額				
⑬公費分本人負担				

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

枚中　枚目