様式第二の三を次のように改める。

様式第二の三（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
（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		平成　年　月分
公費受給者番号		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	平成　年　月　日	中止年月日	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				

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