

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										令和		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													
	(フリガナ)													
	氏名													
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	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	1. 平成				年				月				日	から
	2. 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												

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	令和		年		月		日	中止年月日	令和		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 (住所地利例対象者)	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		
	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			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)										軽減後利用者負担額(円)										備考