

地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用))

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	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	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																			

入居年月日	令和			年			月			日
退居年月日	令和			年			月			日
短期利用 実日数										

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
		合計							

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	①計画単位数		
	②限度額管理対象単位数		
	③限度額管理対象外単位数		
	④給付単位数		
	⑤単位数単価	円/単位	
	⑥給付率	/100	/100
	⑦請求額(円)		
	⑧利用者負担額(円)		

枚中	枚目
----	----

備考 この用紙は、A列4番とすること。