**様式第七の三**（附則第二条関係）



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



区分

事業分

公費分

①サービス単位数合計

②単位数単価

円／単位

③給付率 ／100

④事業費請求額（円）

性別

住所地特例

対象者 事業費明細欄

請求額集計欄

被保険者

(

)

# 介護予防・日常生活支援総合事業費明細書

（介護予防ケアマネジメント費）



被保険者

番号

(ﾌﾘｶﾞﾅ)

氏名

1.明治 2.大正 3.昭和

生年月日

年

月

日

1．男 2．女

要支援状態

区分等

事業対象者 要支援１・２

（継続利用の場合

1. 平成

要介護１・２・３・４・５）

認定有効

期間

2. 令和

令和

年

年

月

月

日 から

日 まで



# 



公費負担者番号

公費受給者番号

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和 |  | | 年 |  | 月分 |
| 保険者番号 | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 枚中 |  | 枚目 |