

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 | | 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 | 1. 平成 | | 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 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |