

様式第三の二 (附則第二条関係)

介護予防サービス介護給付費明細書  
(介護予防短期入所生活介護)

公費負担者番号																				
公費受給者番号																				

令和						年						月分								
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								
		年	月	日																
要支援状態区分	要支援 1・要支援 2																			
認定有効期間	1. 平成																			
	2. 令和																			

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																			

入所年月日	1. 平成																			
	2. 令和																			
退所年月日	令和																			
短期入所 実日数																				

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							

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)		

サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計									
					保険分 請求額(円)			公費分 請求額	公費分本人負担月額

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
	24	介護予防短期入所生活介護						