

様式第二の二（附則第二条関係）

介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書

(介護予防訪問介護・介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防居宅療養管理指導・介護予防通所介護・
介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護)

[illegible]

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							
	要支援 状態区分	要支援 1 ・ 要支援 2												
認定有効 期間	平成				年				月				日	から
	平成				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														

[illegible]

開始 年月日	平成			年			月			日	中止 年月日	平成			年			月			日
中止 理由	1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院																				

[illegible][illegible]

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
	61	介護予防訪問介護					
	65	介護予防通所介護					
	74	介護予防認知症対応型通所介護					
	75	介護予防小規模多機能型居宅介護					