

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								平成			年			月分
公費受給者番号								保険者番号						

[illegible]

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										入所年月日	平成			年			月			日
	事業所番号										退所年月日	平成			年			月			日
	事業所名称										短期入所 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）								

特定入所者介護予防サービス費	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					