

様式第六の二（附則第二条関係）

地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用以外）)

公費負担者番号												平成				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												
		年	月	日																						
	要支援 状態区分	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																								
入居 年月日	平成			年			月			日	退居 年月日	平成			年			月			日	入居実日数		外泊日数		
退居後の状況		1.居宅 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																								

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

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	①単位数合計		
	②単位数単価	円／単位	
	③給付率	／100	／100
	④請求額（円）		
⑤利用者負担額（円）			