

様式第六の四（附則第二条関係）

介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防特定施設入居者生活介護)

公費負担者番号									平成			年			月分
公費受給者番号									保険者番号						

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	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
合計											

請求額集計欄	区分	保険分				公費分			
	①外部利用型給付上限単位数								
	②外部利用型上限管理対象単位数								
	③給付単位数								
	④単位数単価				円／単位				
	⑤給付率			／100				／100	
	⑥請求額（円）								
	⑦利用者負担額（円）								

	枚中		枚目
--	----	--	----