

様式第六の六（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）)

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																			請求事業者	事業所番号											
	(フリガナ)																				事業所名称											
	氏名																				所在地	〒										
		1.明治 2.大正 3.昭和	性別	1. 男 2. 女																												
	生年月日	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											連絡先	電話番号												
	平成		年		月		日	まで																								
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																		入居年月日 平成 年 月 日													
	事業所番号										事業所名称										退居年月日 平成 年 月 日											
																			短期利用 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）																																
										枚中 枚目																						