

様式第七の三（附則第二条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
(介護予防ケアマネジメント費)

公費負担者番号							
公費受給者番号							

平成			年			月分
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						
	要支援状態区分	事業対象者・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]

事業費明細欄 (住所地利 対象者)	サービス内容		サービスコード		単位数	回数	サービス単位数	公費分 回数	公費対象単位数	施設所在 保険者番号	摘要

請求額集計欄	区分	事業分	公費分
	①サービス単位数合計		
	②単位数単価	円／単位	
	③給付率		／100
	④事業費請求額（円）		

	枚中		枚目
--	----	--	----