

様式第七の二（附則第二条関係）

介護予防支援介護給付費明細書

										平成				年				月分		
公費負担者番号																				
										保険者番号										
介護予防 支援事業者	事業所 番号									所在地	〒				—					
	事業所 名称																			
										連絡先	電話番号									
										単位数単価					(円／単位)					

項番	被保険者	被保険者番号				(フリガナ)				性別				1. 男 2. 女										
		氏名																						
	被保険者	公費受給者番号				氏名																		
		生年月日		1. 明治 2. 大正 3. 昭和				要介護状態区分		要支援1・要支援2		認定有効期間		平成			年			月			日	から
				年			月			日			平成			年			月			日	まで	
		担当介護支援専門員番号						サービス計画作成依頼届出年月日		平成			年			月			日					
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		摘要		サービス単位数合計											
														請求額合計										
項番	被保険者	被保険者番号				(フリガナ)				性別				1. 男 2. 女										
		氏名																						
	被保険者	公費受給者番号				氏名																		
		生年月日		1. 明治 2. 大正 3. 昭和				要介護状態区分		要支援1・要支援2		認定有効期間		平成			年			月			日	から
				年			月			日			平成			年			月			日	まで	
		担当介護支援専門員番号						サービス計画作成依頼届出年月日		平成			年			月			日					
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		摘要		サービス単位数合計											
														請求額合計										