

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書 (案)
 (ケアマネジメント費 (※名称は仮置きのもの))

平成		年		月分
----	--	---	--	----

保険者番号					
-------	--	--	--	--	--

請求事業者	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	10.00 (円/単位)						

項番	被保険者										請求計算					
	被保険者番号					(フリガナ) 氏名						サービス コード				
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和		性別	1.男 2.女					単位数				
		年	月	日	有効期間		平成	年	月	日	から	請求金額				
	要支援 状態区分等	二次予防事業対象者・ 要支援1・要支援2					平成	年	月	日	まで	利用者 負担額				
											摘要					

以下同じ

「担当介護支援専門員番号」及び
 「ケアプラン作成依頼届出年月日」
 欄を削除