様式第○（案）

資料６－３

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				

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	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 年　月　日	性　別	１．男　２．女	単位数	
	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	有効期間	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで	請求金額	
	担当介護支援専門員番号		ケアプラン作成依頼届出年月日	平成　年　月　日	利用者負担額	
					摘要	

以下同じ