

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
(訪問型サービス費・通所型サービス費・その他生活支援サービス費)

公費負担者番号
公費受給者番号

令和 年 月分
保険者番号

被保険者
被保険者番号
(7桁)
氏名
生年月日
要支援状態区分等
認定有効期間

請求事業者
事業所番号
事業所名称
所在地
連絡先

介護予防サービス計画等
3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成 1. 居宅介護支援事業者作成 (継続利用の場合のみ)
事業所番号
事業所名称

開始年月日 1. 平成 2. 令和 年 月 日 中止年月日 令和 年 月 日

事業費明細欄
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 摘要

事業費明細欄 (住所地特例対象者)
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
サービス種類コード / 名称
サービス実日数
計画単位数
限度額管理対象単位数
限度額管理対象外単位数
給付単位数 (のうち少ない数) + 公費分単位数
単位数単価
事業費請求額
利用者負担額
公費請求額
公費分本人負担

社会福祉法人等による軽減欄
軽減率 % 受領すべき利用者負担の総額 (円) 軽減額 (円) 軽減後利用者負担額 (円) 備考