

様式第六の六（附則第二条関係）

地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書  
 （介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用））

公費負担者番号										平成			年			月分
公費受給者番号										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	日
	要支援状態区分	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													

介護予防サービス計画	2.被保険者自己作成 3.介護予防支援事業者作成								
	事業所番号								
	事業所名称								

入居年月日	平成			年			月		日
退居年月日	平成			年			月		日
短期利用 実日数									

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
	合計								

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	①計画単位数		
	②限度額管理対象単位数		
	③限度額管理対象外単位数		
	④給付単位数		
	⑤単位数単価	円/単位	
	⑥給付率	/100	/100
	⑦請求額（円）		
	⑧利用者負担額（円）		