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) 氏名				性別	1．男　2．女						
		公費受給者番号													
		生年月日	1．明治　2．大正　3．昭和 年　月　日	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	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										
	給付費明細欄	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	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) 氏名				性別	1．男　2．女						
		公費受給者番号													
		生年月日	1．明治　2．大正　3．昭和 年　月　日	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	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										
	給付費明細欄	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	摘要	サービス単位数合計							
								請求額合計							