

様式第七の三 (附則第二条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
(介護予防ケアマネジメント費)

公費負担者番号																				
公費受給者番号																				

平成						年														月分
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									
	要支援状態区分	事業対象者・要支援1・要支援2																			
認定有効期間	平成																			日	から
	平成																				日

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																				

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	区分	事業分										公費分										
	①サービス単位数合計																					
	②単位数単価																					円/単位
	③給付率											/100										
④事業費請求額(円)																						