

様式第四の二（附則第二条関係）

介護予防サービス介護給付費明細書
 （介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護）

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 (7桁)																				
	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	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
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	入所年月日	平成			年			月		日
	事業所番号	退所年月日	平成			年			月		日
	事業所名称	短期入所 実日数									

サービス内容	サービスコード	単位数	回数 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							

緊急時施設療養費	緊急時傷病名											緊急時治療開始年月日	平成			年			月		日
	緊急時治療管理(再掲)	単位	単位×	日																	
	特定治療	リハビリテーション	点	摘要																	
		処置	点																		
		手術	点																		
		麻酔	点																		
	放射線治療	点																			
	合計	点																			

往診日数		医療機関名		通院日数		医療機関名	
------	--	-------	--	------	--	-------	--

区分	保険分	公費分	保険分特定治療	公費分特定治療
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				
給付点数・単位数				
点数・単位数単価	円/単位		10円/点	10円/点
給付率	/100	/100	/100	/100
請求額(円)				
利用者負担額(円)				

サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計									
					保険分請求額(円)		公費分請求額		公費分本人負担月額