

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	
	(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 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
	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		
	単位数単価	円 / 単位	
	給付率	/ 100	/ 100
	請求額（円）		
利用者負担額（円）			