**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<br>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） | | 性別 | 1. 男　2. 女 |
| | | 公費受給者番号 | | 氏名 | | | |
| | | 生年月日 | 1. 明治　2. 大正　3. 昭和 | 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 |
| | | | 年　月　日 | | | | 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） | | 性別 | 1. 男　2. 女 |
| | | 公費受給者番号 | | 氏名 | | | |
| | | 生年月日 | 1. 明治　2. 大正　3. 昭和 | 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 |
| | | | 年　月　日 | | | | 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 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |