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)						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				