

介護予防支援介護給付費明細書

令和		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)		氏名	性別	1. 男 2. 女														
		公費受給者番号		要介護状態区分				要支援1・要支援2		認定有効期間												
項番	被保険者	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和			サービス計画作成依頼届出年月日	1. 平成 2. 令和	年	月	日	から	1. 平成 2. 令和	年	月	日	まで						
			年	月	日												年	月	日			
給付費明細欄	被保険者	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		1. 平成 2. 令和	年	月	日	請求額合計												
		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			
給付費明細欄	被保険者	被保険者番号		(フリガナ)		氏名	性別	1. 男 2. 女														
		公費受給者番号		要介護状態区分				要支援1・要支援2		認定有効期間												
		生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和			サービス計画作成依頼届出年月日	1. 平成 2. 令和	年	月	日	から	1. 平成 2. 令和	年	月	日	まで						
			年	月	日												年	月	日			
		給付費明細欄	被保険者	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		1. 平成 2. 令和	年	月	日	請求額合計										
				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	