

様式第三の二 (附則第二条関係)

介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防短期入所生活介護)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 公費負担者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 公費受給者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-------|--|--|---|--|--|----|--|--|--|
| 平成 | | | 年 | | | 月分 | | | |
| 保険者番号 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|---------|----------------|--|---|----|-----------|---|--|--|---|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (フリガナ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|----------|----|--|--|---|--|--|---|--|--|---|
| 入所年月日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | | 日 |
| 退所年月日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | | 日 |
| 短期入所 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 | | | | | | | |

| 区分 | 保険分 | 公費分 |
|--------------|------|------|
| ①計画単位数 | | |
| ②限度額管理対象単位数 | | |
| ③限度額管理対象外単位数 | | |
| ④給付単位数 | | |
| ⑤単位数単価 | 円/単位 | |
| ⑥給付率 | /100 | /100 |
| ⑦請求額 (円) | | |
| ⑧利用者負担額 (円) | | |

| 特定入所者介護予防サービス費 | 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 | |

| | | | | | | | | |
|---------------|-----|--------------|--|---|-------------------|---------|---------------|----|
| 社会福祉法人等による軽減欄 | 軽減率 | | | % | 受領すべき利用者負担の総額 (円) | 軽減額 (円) | 軽減後利用者負担額 (円) | 備考 |
| | 24 | 介護予防短期入所生活介護 | | | | | | |