

様式第七の三 (附則第二条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
(介護予防ケアマネジメント費)

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	事業対象者・要支援1・要支援2																		
認定有効期間	平成																			から
	平成																			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																		

事業費明細欄	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	公費分回数	公費対象単位数	摘要	

事業費明細欄 (住所地特例対象者)	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	公費分回数	公費対象単位数	施設所在 保険者番号	摘要	

請求額集計欄	区分	事業分	公費分
	①サービス単位数合計		
	②単位数単価	円/単位	
	③給付率		/100
	④事業費請求額(円)		