

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, 事業所名称, 所在地, 連絡先, 電話番号, 単位数単価 (円/単位)

頂番: 被保険者 (被保険者番号, 公費受給者番号, 生年月日, 要介護状態区分, 要支援1・要支援2, 認定有効期間, 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) / 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)

頂番: 被保険者 (被保険者番号, 公費受給者番号, 生年月日, 要介護状態区分, 要支援1・要支援2, 認定有効期間, 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) / 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)