

平成		年		月分
----	--	---	--	----

介護予防・日常生活支援総合事業費
請求書（案）

保 険 者

（別 記） 殿

下記のとおり請求します。

平成 年 月 日

事業所番号												
請求事業所	名 称											
	所在地	〒										
連絡先												

介護予防・日常生活支援総合事業費

区分	事業費				
	件数	単位数	費用合計	事業費請求額	利用者負担
予防サービス費・生活支援サービス費					
ケアマネジメント費					
合計					

様式第〇 (案)

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書 (案)
(予防サービス費・生活支援サービス費)

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								
	要支援状態区分等	二次予防事業対象者・要支援1・要支援2																				
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																				

開始・入所(居)年月日	平成			年			月			日	中止・退所(居)年月日	平成			年			月			日
-------------	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---	-------------	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

事業費明細欄	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	摘要	

請求額集計欄	①サービス種類コード /②名称																					
	③サービス実日数			日			日					日										
	④計画単位数																					
	⑤限度額管理対象単位数																					
	⑥限度額管理対象外単位数																					
	⑦支払単位数 (④⑤のうち 少ない数) +⑥																					
	⑧単位数単価	10,000円/単位										合計										
⑨事業費請求額																						
⑩利用者負担額																						

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書（案）
（ケアマネジメント費）

平成		年		月分
保険者番号				

請求事業者	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	10.00（円/単位）												

項番	被保険者													請求計算												
1	被保険者番号												(フリガナ)			サービス コード										
		氏名														単位数										
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和										性別	1. 男		2. 女		請求金額							
		年	月	日										有効期間	平成	年	月	日	から	平成	年	月	日	まで	利用者 負担額	
	要支援 状態区分等	二次予防事業対象者・ 要支援1・要支援2																		概要						
2	被保険者番号												(フリガナ)			サービス コード										
		氏名														単位数										
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和										性別	1. 男		2. 女		請求金額							
		年	月	日										有効期間	平成	年	月	日	から	平成	年	月	日	まで	利用者 負担額	
	要支援 状態区分等	二次予防事業対象者・ 要支援1・要支援2																		概要						
3	被保険者番号												(フリガナ)			サービス コード										
		氏名														単位数										
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和										性別	1. 男		2. 女		請求金額							
		年	月	日										有効期間	平成	年	月	日	から	平成	年	月	日	まで	利用者 負担額	
	要支援 状態区分等	二次予防事業対象者・ 要支援1・要支援2																		概要						
4	被保険者番号												(フリガナ)			サービス コード										
		氏名														単位数										
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和										性別	1. 男		2. 女		請求金額							
		年	月	日										有効期間	平成	年	月	日	から	平成	年	月	日	まで	利用者 負担額	
	要支援 状態区分等	二次予防事業対象者・ 要支援1・要支援2																		概要						
5	被保険者番号												(フリガナ)			サービス コード										
		氏名														単位数										
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和										性別	1. 男		2. 女		請求金額							
		年	月	日										有効期間	平成	年	月	日	から	平成	年	月	日	まで	利用者 負担額	
	要支援 状態区分等	二次予防事業対象者・ 要支援1・要支援2																		概要						