資料３

平成		年		月分

介護予防・日常生活支援総合事業費
請求書

事業所番号		
請求事業所	名　称	
	所在地	〒　－
	連絡先	

保　険　者

（別　記）殿

下記のとおり請求します。　　平成　　年　　月　　日

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					

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書

（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											
(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名											
生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和 年　月　日						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			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	１０．００円／単位										合計
⑨事業費請求額											
⑩利用者負担額											

	枚中		枚目

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
（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） 氏　名			サービスコード	
	生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和 年　月　日	性　別	１．男　２．女		単位数	
	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		請求金額	
						利用者負担額	
						摘要	
2	被保険者番号		（フリガナ） 氏　名			サービスコード	
	生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和 年　月　日	性　別	１．男　２．女		単位数	
	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		請求金額	
						利用者負担額	
						摘要	
3	被保険者番号		（フリガナ） 氏　名			サービスコード	
	生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和 年　月　日	性　別	１．男　２．女		単位数	
	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		請求金額	
						利用者負担額	
						摘要	
4	被保険者番号		（フリガナ） 氏　名			サービスコード	
	生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和 年　月　日	性　別	１．男　２．女		単位数	
	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		請求金額	
						利用者負担額	
						摘要	
5	被保険者番号		（フリガナ） 氏　名			サービスコード	
	生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和 年　月　日	性　別	１．男　２．女		単位数	
	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		請求金額	
						利用者負担額	
						摘要	