

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（※名称は仮置きのもの））

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		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								