

様式第七の二 (附則第二条関係)

介護予防支援介護給付費明細書

公費負担者番号											平成			年			月分			
												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)							

項番	被保険者番号		(フリガナ)					性別		1. 男 2. 女							
	公費受給者番号		氏名														
被保険者	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和					要介護状態区分	要支援1・要支援2	認定有効期間	平成		年		月		日	から
				年		月					日	平成		年		月	
	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					平成		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						
											/						
	項番	被保険者番号		(フリガナ)					性別		1. 男 2. 女						
公費受給者番号		氏名															
被保険者	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和					要介護状態区分	要支援1・要支援2	認定有効期間	平成		年		月		日	から
				年		月					日	平成		年		月	
	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					平成		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						
											/						