

介護予防支援介護給付費明細書

令和		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															所在地	〒														
	事業所 名称																														
	連絡先	電話番号																													
	単位数単価	(円/単位)																													

項番	被保険者	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		1. 平成 2. 令和		年	月	日	から	令和	年	月	日	まで		
		年	月	日	年	月	日	年	月		日																
	被保険者	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										1. 平成 2. 令和		年	月	日	
		年	月	日	年	月	日	年	月	日																	
給付費明細欄	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	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		1. 平成 2. 令和		年	月	日	から	令和	年	月	日	まで		
		年	月	日	年	月	日	年	月		日																
	被保険者	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										1. 平成 2. 令和		年	月	日	
		年	月	日	年	月	日	年	月	日																	
給付費明細欄	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																									