

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)		氏名	性別	1. 男 2. 女						
		公費受給者番号												
項番	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
			年	月	日				令和	年				
項番	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	令和	年	月							
給付費明細欄	被保険者	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			