様式第七の二（附則第二条関係）

様式７－２

介護予防支援介護給付費明細書

平成		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		
				氏名					
		公費受給者番号							
		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　　日まで		
		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	被保険者番号		（フリガナ）		性別	1．男　2．女		
				氏名					
		公費受給者番号							
		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　　日まで		
		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