

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							1. 男 2. 女						
		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			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	1. 平成 2. 令和	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				
		公費受給者番号												氏名							1. 男 2. 女						
		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			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	1. 平成 2. 令和	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														