

様式第一の二 (附則第二条関係)

| | | | | |
|----|--|---|--|----|
| 令和 | | 年 | | 月分 |
|----|--|---|--|----|

介護予防・日常生活支援総合事業費
請求書

保 険 者

(別 記) 殿

下記のとおり請求します。

令和 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|-----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請求事業所 | 名 称 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | | | | | | | | | | | | | |

事業費請求

| 区分 | サービス費用 | | | | | |
|---|--------|-----|------|------------|-----------|-------|
| | 件数 | 単位数 | 費用合計 | 事業費 請求額 | 公費 請求額 | 利用者負担 |
| 訪問型サービス費・ 通所型サービス費・ その他の生活支援サービス費 | | | | | | |
| 介護予防ケアマネジメント費 | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | |

公費請求

| 区 分 | サービス費用 | | | |
|---|--------|-----|------|-------|
| | 件数 | 単位数 | 費用合計 | 公費請求額 |
| 12 生 保 訪問型サービス費・ 通所型サービス費・ その他の生活支援サービス費 | | | | |
| 生 保 介護予防ケアマネジメント費 | | | | |
| 81 被爆者助成 | | | | |
| 58 障害者・支援措置 (全額免除) | | | | |
| 25 中国残留邦人等 | | | | |
| 合 計 | | | | |