

様式第六の六（附則第二条関係）

地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書  
 （介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用））

公費負担者番号																			
公費受給者番号																			

平成			年			月分													
保険者番号																			

被保険者	被保険者番号																		
	(フリガナ)																		
	氏名																		
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男	2.女	年	月	日									
	要支援状態区分	要支援2																	
認定有効期間	平成		年		月		日	から											
	平成		年		月		日	まで											

請求事業者	事業所番号																		
	事業所名称																		
	所在地	〒																	
	連絡先	電話番号																	

介護予防サービス計画	2.被保険者自己作成 3.介護予防支援事業者作成																		
	事業所番号																		
	事業所名称																		

入居年月日	平成		年		月		日												
退居年月日	平成		年		月		日												
							短期利用	実日数											

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
		合計							

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	①計画単位数		
	②限度額管理対象単位数		
	③限度額管理対象外単位数		
	④給付単位数		
	⑤単位数単価	円/単位	
	⑥給付率	/100	/100
	⑦請求額（円）		
	⑧利用者負担額（円）		