

様式第六の二（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(短期利用以外))

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|---|--|--|----|
| 公費負担者番号 | | | | | | | 令和 | | | 年 | | | 月分 |
| 公費受給者番号 | | | | | | | 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 | | | | | | | |
| | 要支援 状態区分 | 要支援 2 | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効 期間 | 1. 平成 2. 令和 | | | | 年 | | | | 月 | | | 日 | から | |
| | 令和 | | | | 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 | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|-------|----|---|---|---|-------|------|--|
| 入居年月日 | 1. 平成 2. 令和 | 年 | 月 | 日 | 退居年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 入居実日数 | 外泊日数 | |
| 入居前の状況 | 1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他 9.介護医療院 | | | | | | | | | | | |
| 退居後の状況 | 1.居宅 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院 9.介護医療院入所 | | | | | | | | | | | |

[illegible]

| 請求額集計欄 | 区分 | 保険分 | | | | 公費分 | | | |
|--------|------------|-----|--|------|--|-----|--|------|--|
| | ①単位数合計 | | | | | | | | |
| | ②単位数単価 | | | 円／単位 | | | | | |
| | ③給付率 | | | ／100 | | | | ／100 | |
| | ④請求額（円） | | | | | | | | |
| | ⑤利用者負担額（円） | | | | | | | | |

| | | | |
|--|----|--|----|
| | 枚中 | | 枚目 |
|--|----|--|----|