様式第七の二（附則第二条関係）

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）氏名				性別	1．男　2．女				
		公費受給者番号											
		生年月日	1．明治　2．大正　3．昭和　年　月　日	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	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）氏名				性別	1．男　2．女				
		公費受給者番号											
		生年月日	1．明治　2．大正　3．昭和　年　月　日	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	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					