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	2	7	年	1	2	月分

公費負担者番号	

保険者番号	1	1	1	1	1	1

介護予防支援事業者				
事業所番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 3	所在地	〒 ―	
事業所名称	日医地域包括支援センター	連絡先	電話番号	
		単位数単価	1 0 0 0 （円/単位）	

項番 1

被保険者				
被保険者番号	0 0 0 7 0 0 0 7 0 0	（ﾌﾘｶﾞﾅ）氏名	ヨウシエン　2 要支援　2	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　0 7 年 0 7 月 0 7 日	要介護状態区分	要支援1・要支援2	認定有効期間 平成 2 7 年 0 9 月 0 1 日 から 平成 2 8 年 0 8 月 3 1 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 2 7 年 0 8 月 1 0 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
介護予防支援	4 6 2 1 1 1	4 3 0	1	4 3 0		4 3 0
						請求額合計
						4 3 0 0

項番

被保険者				
被保険者番号		（ﾌﾘｶﾞﾅ）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