

様式第二の三 (附則第二条関係)

総合事業の明細書を使用

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
(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

記載例3 (総合事業明細書)
住所地特例対象者への
総合事業サービス提供

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

平成	2	9	年	0	4	月	分
保険者番号	1	1	1	1	1	1	

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1										
	(7桁)																					
	氏名	○○ ○○																				
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和			性別		1.男 2.女															
	要支援状態区分等	事業対象者 要支援1・要支援2																				
認定有効期間	平成	2	9	年	0	4	月	0	1	日	から	平成	3	0	年	0	3	月	3	1	日	まで

請求事業者	事業所番号	9	9	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	事業所名称	○○事業所										
	所在地	〒9999-9999 □□市○○町1-1-1										
	連絡先	電話番号 04-1111-1111										

介護予防サービス計画	③ 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成																
	事業所番号	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	事業所名称	○○地域包括支援センター			

開始年月日	平成	2	9	年	0	4	月	0	1	日	中止年月日	平成			年			月			日
-------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

事業費明細欄	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	公費分回数	公費対象単位数	摘要
	<p>事業費明細書欄ではなく、事業費明細欄(住所地特例対象者)に記載する</p> <p>施設の所在する市町村の証記載被保険者番号を記載</p>							

事業費明細欄(住所特例対象者)	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	公費分回数	公費対象単位数	施設所在被保険者番号	摘要
	○○サービス	A 2	○○○○	○○○	○	○○○○			999999

請求額集計欄	①サービス種類コード / ②名称	A 2	訪問型サービス (独自)																	
	③サービス実日数	○	日		日		日													
	④計画単位数			○	○	○	○													
	⑤限度額管理対象単位数			○	○	○	○													
	⑥限度額管理対象外単位数							0												
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥			○	○	○	○													
	⑧公費分単位数							0												
	⑨単位数単価	○	○	○	○	円/単位														
	⑩事業費請求額			○	○	○	○													
	⑪利用者負担額			○	○	○	○													
	⑫公費請求額							0												
	⑬公費分本人負担							0												

サービスを提供する施設所在地の給地区分に応じた単価を設定