**様式第一の二**（附則第二条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 平成 |  |  | 年 |  |  | 月分 | 介護予防・日常生活支援総合事業費  請求書 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保　険　者  　　（別　記）殿  下記のとおり請求します。　　　　　平成　　年　　月　　日 | 事業所番号 |  |  |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  |  |
| 請求事業所 | 名　称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| 所在地 | | | 〒 |  | |  | |  | － | |  |  |  | |  |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|
| 連絡先 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|

事業費請求

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | サービス費用 | | | | | |
| 件数 | 単位数 | 費用合計 | 事業費  請求額 | 公費  請求額 | 利用者負担 |
| 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ービス費 |  |  |  |  |  |  |
| 介護予防ケアマネジメント費 |  |  |  |  |  |  |
| 合　計 |  |  |  |  |  |  |

公費請求

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | | サービス費用 | | | |
| 件数 | 単位数 | 費用合計 | 公費請求額 |
| 12 | 生　保  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ービス費 |  |  |  |  |
| 生　保  介護予防ケアマネジメント費 |  |  |  |  |
| 81 | 被爆者助成 |  |  |  |  |
| 58 | 障害者・支援措置（全額免除） |  |  |  |  |
| 25 | 中国残留邦人等 |  |  |  |  |
| 合　計 | |  |  |  |  |