

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					