

居宅介護支援介護給付費明細書

令和		年		月分
----	--	---	--	----

公費負担者番号									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

保険者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

居宅介護 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)									性別	1. 男 2. 女								
		公費受給者番号									氏名																		
		生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和								要介護 状態区分	要介護 1・2・3・4・5	認定 有効期間	1. 平成 2. 令和		年		月		日	から			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	1. 平成 2. 令和		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)									性別	1. 男 2. 女								
		公費受給者番号									氏名																		
		生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和								要介護 状態区分	要介護 1・2・3・4・5	認定 有効期間	1. 平成 2. 令和		年		月		日	から			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	1. 平成 2. 令和		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																	