

居宅介護支援介護給付費明細書

平成		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								
	事業所名称								
	所在地	〒							
	連絡先	電話番号							
	単位数単価	(円/単位)							

項番	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												
被保険者	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		平成		年		月		日	から
			年		月		日				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												

項番	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												
被保険者	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		平成		年		月		日	から
			年		月		日				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												