

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										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		(フリガナ)		性別		1.男 2.女							
	被保険者番号	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	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						
		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		(フリガナ)		性別		1.男 2.女							
	被保険者番号	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	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						
		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		