

様式第七 (附則第二条関係)

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				
		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	まで								
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				
		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	まで								
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											