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

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	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	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	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	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						