

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																				
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																				
	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
				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																						
	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
				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											