

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			年			月			日	から	2. 令和			年			月			日	まで
		担当介護支援 専門員番号																												
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			年			月			日	から	2. 令和			年			月			日	まで
		担当介護支援 専門員番号																												
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													