

## 介護給付費縦覧確認表参考兼サービス提供確認届

(平成〇〇年〇月縦覧審査分)

|               |            |               |                  |
|---------------|------------|---------------|------------------|
| 支援事業所番号       | 9900000009 | 支援事業所名        | 〇〇市〇△区地域〇〇△△センター |
| 支援事業所<br>担当者名 |            | 連絡先<br>(電話番号) |                  |

担当者名・連絡先(電話番号)  
を必ず記入してください

平成〇〇年〇月〇日

高知県国民健康保険団体連合会

介護保険課

TEL 088-820-8409

※サービス提供事業所にサービス提供の有無を確認の上、その結果を「サービス提供確認届欄」に記入し、平成〇〇年〇月〇日(〇)までに本会へ返送して下さい。  
請求に訂正等ありましたら、その旨を空欄に記載ください。本会から処理について連絡いたします。

| 居宅介護支援(予防)介護給付費明細情報 |            |          |             |        | 給付管理票情報    |            |                 |       | サービス提供確認届欄<br>(有・無のいずれかを<br>○で囲んで下さい。) | 過誤する<br>(下記※<br>参照) |
|---------------------|------------|----------|-------------|--------|------------|------------|-----------------|-------|--|---------------------|
| 証記載<br>保険者番号        | 被保険者番号     | 被保険者氏名   | サービス<br>提供月 | サービス名称 | サービス<br>種類 | サービス事業所    | サービス事業所名称       | 計画単位数 |  |                     |
| 990001              | 9000000001 | カイト イチロウ | H26/05      | 介護予防支援 | 61         | 9900000001 | ヘルパーステーション 〇△□▽ | 2,652 | 有・無                                    |                     |
|                     |            |          |             |        |            |            |                 |       | 有・無                                    |                     |
|                     |            |          |             |        |            |            |                 |       | 有・無                                    |                     |
|                     |            |          |             |        |            |            |                 |       | 有・無                                    |                     |
|                     |            |          |             |        |            |            |                 |       | 有・無                                    |                     |
|                     |            |          |             |        |            |            |                 |       | 有・無                                    |                     |
|                     |            |          |             |        |            |            |                 |       | 有・無                                    |                     |
|                     |            |          |             |        |            |            |                 |       | 有・無                                    |                     |
|                     |            |          |             |        |            |            |                 |       | 有・無                                    |                     |
|                     |            |          |             |        |            |            |                 |       | 有・無                                    |                     |
|                     |            |          |             |        |            |            |                 |       | 有・無                                    |                     |
|                     |            |          |             |        |            |            |                 |       | 有・無                                    |                     |
|                     |            |          |             |        |            |            |                 |       | 有・無                                    |                     |
|                     |            |          |             |        |            |            |                 |       | 有・無                                    |                     |
|                     |            |          |             |        |            |            |                 |       | 有・無                                    |                     |
|                     |            |          |             |        |            |            |                 |       | 有・無                                    |                     |
|                     |            |          |             |        |            |            |                 |       | 有・無                                    |                     |
|                     |            |          |             |        |            |            |                 |       | 有・無                                    |                     |
|                     |            |          |             |        |            |            |                 |       | 有・無                                    |                     |

過誤を行う場合は○を記入してください。  
基本的に翌月の過誤処理となります。  
介護保険者へ過誤申し出は不要です。

※サービス提供確認届欄について、給付管理票に記載されたサービスについて全て「無」とされた場合は、「過誤する」の欄に○を記入してください。