

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	平成		年		月		日	まで
				年		月		日																											
		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																
		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	平成		年		月		日	まで
				年		月		日																											
		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																
		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																					