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) 氏名				性別	1. 男　2. 女				
		公費受給者番号											
		生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和 年　月　日	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) 氏名				性別	1. 男　2. 女				
		公費受給者番号											
		生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和 年　月　日	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					