

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												給付費明細欄									
	被保険者番号	(フリガナ) 氏名											性別	1. 男	2. 女							
被保険者	公費受給者番号											要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5	認定有効期間	1. 平成	2. 令和	年	月	日	から		
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和						令和	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			1. 平成	2. 令和	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												給付費明細欄									
	被保険者番号	(フリガナ) 氏名											性別	1. 男	2. 女							
被保険者	公費受給者番号											要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5	認定有効期間	1. 平成	2. 令和	年	月	日	から		
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和						令和	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			1. 平成	2. 令和	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									