

様式第一（附則第二条関係）

平成		年		月分
----	--	---	--	----

介護給付費請求書

保 険 者

（別 記）殿

下記のとおり請求します。 平成 年 月 日

事業所番号											
請求事業所	名 称										
	所在地	〒									
	連絡先										

保険請求

区 分	サービス費用					特定入所者介護サービス費等					
	件 数	単位数 ・点数	費用 合計	保険 請求額	公費 請求額	利用者 負担	件数	費用 合計	利用者 負担	公費 請求額	保険 請求額
居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等											
居宅介護支援・ 介護予防支援					/	/	/	/	/	/	/
合 計											

公費請求

区 分	サービス費用				特定入所者介護サービス費等		
	件 数	単位数 ・点数	費用 合計	公費 請求額	件数	費用 合計	公費 請求額
12 生 保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等							
生 保 居宅介護支援・ 介護予防支援					/	/	/
10 感染症 37条の2					/	/	/
21 障自・通院医療					/	/	/
15 障自・更生医療					/	/	/
19 原爆・一般					/	/	/
54 難病法					/	/	/
51 特定疾患等 治療研究					/	/	/
81 被爆者助成					/	/	/
86 被爆体験者					/	/	/
87 有機ヒ素・緊急措置					/	/	/
88 水俣病総合対策 メチル水銀					/	/	/
66 石綿・救済措置					/	/	/
58 障害者・支援措置（全 額免除）					/	/	/
25 中国残留邦人等					/	/	/
合 計	/	/	/		/	/	/