

様式第一（附則第二条関係）

7111

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 結核 34条					/	/	/
11 結核 35条					/	/	/
21 障自・通院医療					/	/	/
15 障自・更生医療					/	/	/
19 原爆・一般					/	/	/
51 特定疾患等 治療研究					/	/	/
57 障害者・支援措置（経過措置）					/	/	/
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）					/	/	/
合計					/	/	/