

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	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	1. 平成			年			月			日	から
			年		月		日		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			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	1. 平成			年			月			日	から
			年		月		日		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			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														