

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							
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								