

介護給付費及び介護予防・日常生活支援総合事業費請求書等送達票

事業所コード	0	4							
事業所名									
	(TEL: _____)								
連絡先担当者									

宮城県国民健康保険団体連合会 介護保険課 御中

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日提出

介護給付費及び介護予防・日常生活支援総合事業費を下記のとおり送達します。

記

請求媒体 (紙 ・ FD / CD (_____ 枚) ・ インターネット) * 該当を丸で囲む

(インターネットの場合: 送信日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分)

介護給付費			介護予防・日常生活支援総合事業費		
給付管理票 (居宅介護・予防支援事業所のみ 記入)		件	介護予防ケアマネジメント費 (地域包括支援センターのみ 記入)		件
サービス 提供年月	件数	請求総額	サービス 提供年月	件数	請求総額
年 月			年 月		
年 月			年 月		
年 月			年 月		
年 月			年 月		
年 月			年 月		
年 月			年 月		
年 月			年 月		
計			計		
備考					

【記入上の注意点】

- 1 介護給付費の請求総額欄は、介護給付費請求書の保険請求のサービス費用及び特定入所者介護サービス費等の保険請求額合計（二重線枠）と公費請求の公費請求額の合計（二重線枠）を合算した額（4ヶ所の計）を記入してください。
- 2 介護予防・日常生活支援総合事業費の請求総額欄は、介護予防・日常生活支援総合事業費請求書の事業費請求の事業費請求額合計と公費請求の公費請求額の合計を合算した額（2ヶ所の計）を記入してください。
- 3 件数欄は、保険請求または事業費請求のサービス費用の合計件数に生保単独分の件数を加えてください。