**障害福祉サービス費等の請求に関する送信票**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　御中

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日提出

　障害福祉サービス費等の請求を下記のとおり送信します。

記

◎障害福祉サービス費等の請求　　　　　　　（伝送時：送信日時　　月　　日　　時　　分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス　月 | | 件　数 | 請　求　金　額 | サービス　月 | 件　数 | 請　求　金　額 | |
| 月 | |  |  | 月 |  |  | |
| （明） （サ） （計） （利） | | （明） （サ） （計） （利） | | |
| 月 | |  |  | 月 |  | |  |
| （明） （サ） （計） （利） | | （明） （サ） （計） （利） | | |
| 月 | |  |  | 月 |  | |  |
| （明） （サ） （計） （利） | | （明） （サ） （計） （利） | | |
| 月 | |  |  | 月 |  | |  |
| （明） （サ） （計） （利） | | （明） （サ） （計） （利） | | |
| 月 | |  |  | **計** |  | |  |
| （明） （サ） （計） （利） | |  | |  |
| 備　考 |  | | | | | | |

※送信した書類の該当する項目に○を付けてください。

（明）介護給付費等請求明細書　　（サ）サービス提供実績記録票

（計）サービス利用計画作成費　　（利）利用者負担上限額管理結果票

**記入方法**

１、障害福祉サービス費等の請求欄の記載について、サービス月毎に、今回送信した内容を件数欄には介護給付費等請求明細書及びサービス利用計画作成費の総件数を、請求金額の欄には総請求金額を記入してください。

２、本票をコピーし、原則として月1枚作成してください。

３、一度送信票を送った後に、請求データの再送信をする場合

　①請求データ送信後に送信漏れ等があった場合は、追加データを送信し、備考欄に「追加再送信」と記入した正しい送信票をFAX送信してください。

　②請求データ送信後に送信データをすべて取下げ、請求データを再送信した場合は、備考欄に「取下げ再送信」と記入した正しい送信票をFAX送信してください。

⇒**「取下げ再送信」を行う場合は、必ず電子請求受付システムで請求データの「取下げ」を行った上で、データの再送信を行ってください。**

**※本会での確認作業の関係から、１０日までにＦＡＸ送信いただきますようお願いいたします。**

**国保連合会FAX番号：０２２－２２２－７２６０**

※添書不要（本送信票一枚のみ送信下さい）