

# 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

平成 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

(伝送時：送信日時 月 日 時 分)

## ◎障害福祉サービス費等の請求

サービス月	件数	請求金額	サービス月	件数	請求金額
月	(明) (サ) (計) (利)		月	(明) (サ) (計) (利)	
月	(明) (サ) (計) (利)		月	(明) (サ) (計) (利)	
月	(明) (サ) (計) (利)		月	(明) (サ) (計) (利)	
月	(明) (サ) (計) (利)		月	(明) (サ) (計) (利)	
月	(明) (サ) (計) (利)		計		
備考					

◎送信した書類の該当する番号に○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

- 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。
- 本票をコピーし、原則として月1枚作成してください。
- 一度送信票を送った後に、再送信をする場合
  - 初回に送信した内容をすべて取り消し再送信する場合は、備考欄に「初回取り消し再送信」と記入。
  - 初回に送信した内容に送信漏れ等があった場合は、備考欄に「追加再送信」と記入。

※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 FAX 番号：022-222-7260**

※添書不要（本送信票一枚のみ送信下さい）

記載例

障害福祉サービス費等の請求に関する送信票

連絡先が事業所と異なる場合は、電話番号も記入してください。

事業所コード	0	4	1	5	6	5	4	3	2	1
事業所名	○○市△△町◇◇1-2-3 ○○サービス事業所 (TEL: 022-211-1234)									
担当者(連絡先)	宮城 太郎 (Tel.022-222-3333)									

宮城県国民健康保険団体連合会 御中

平成25年4月1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

(伝送時: 送信日時4月1日11時00分)

◎障害福祉サービス費等の請求

サービス月	件数	請求金額	サービス月	件数	請求金額
3月	10	133,333	月		
	(明) (サ) (計) (利)			(明) (サ) (計) (利)	
2月	10	111,111	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	20	244,444
備考					

「費用合計」ではなく、利用者負担金を除いた「請求金額」を記載してください。

\*送信した書類の該当する番号に○を付けてください。《送信後早めにFAX送信してください。》

- (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、再送信をする場合
  - ・初回に送信した内容をすべて取り消し再送信する場合は、備考欄に「初回取り消し再送信」と記入。
  - ・初回に送信した内容に送信漏れ等があった場合は、備考欄に「追加再送信」と記入。

※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 FAX 番号 : 022-222-7260**

※添書不要 (本送信票一枚のみ送信下さい)