

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
(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

- 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）

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 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 |
| 事業所名 | 宮城県〇〇市◆◆町1-2-3 □□サービス事業所 (TEL: 022-211-1234) | | | | | | | | | |
| 連絡先担当者 | 宮城太郎 (TEL:022-222-1234) | | | | | | | | | |

宮城県国民健康保険団体連合会 御中

令和〇〇年 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 12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 | 144,444 | 月 | | |
| | (明) (サ) (計) (利) | | 月 | (明) (サ) (計) (利) | |
| 2月 | 10 | 122,222 | 月 | | |
| | (明) (サ) (計) (利) | | 月 | (明) (サ) (計) (利) | |
| 月 | (明) (サ) (計) (利) | | 月 | (明) (サ) (計) (利) | |
| | (明) (サ) (計) (利) | | 月 | (明) (サ) (計) (利) | |
| | (明) (サ) (計) (利) | | 計 | 20 | 266,666 |
| 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。

(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）