第　　　　　　号

　年　月　日

窓空宛名

印

○○市（町村）長

様式番号

**介護給付費通知書**

被保険者番号：　　　　　　　　　被保険者氏名：

**固定文言１＋編集１**

あなたの　　　　　年　　月　～　　　　　年　　月　における介護給付費は以下のとおりです。

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市介護保険課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　　FAX番号　123-456-789  xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス月 | サービス事業所 | サービス種類  ／サービス略称 | 利用者負担合計額（円） | サービス費用合計額（円） | **固定文言２**  備考 |
|  |  |  |  |  | **固定文言３**  **＋編集２** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※この通知は、利用された介護サービスの費用額や種類を確認いただくためのものであり、費用の請求や支払

**固定文言４**

　等を行う必要はありません。

※サービス費用合計額は、あなたが介護サービスを受けたときにお支払いになった金額を含む総額を記載して

　います。

**自由記載１**

（　　　　／　　　　）

（　　　　　　　　　）