平成			年			月分

介護給付費請求書

事業所番号										

請求事業所	名称	
	所在地	〒　　－
	連絡先	

保　　険　　者

（　別　記　）殿

下記のとおり請求します。　　平成　　年　　月　　日

保険請求

区分	サービス費用						食事提供費用					
	件数	単位数・点数	費用合計	保険請求額	公費請求額	利用者負担	件数	延べ日数	金額	標準負担額	公費請求額	保険請求額
居宅サービス・施設サービス												
居宅介護支援												
合計												

公費請求

区分		サービス費用				食事提供費用					
		件数	点数	費用合計	公費請求額	件数	延べ日数	金額	標準負担額	公費請求額	保険請求額
12	生保 居宅サービス・施設サービス										
	生保 居宅介護支援										
10	結34										
11	結35										
21	精32										
15	身障更生										
19	原爆一般										
51	特定疾患										
合計											