

(様式第一)

介護給付費・訓練等給付費等請求書

平成 年 月 日

(請 求 先)

殿

| | | |
|-------|-------------|---|
| 請求事業者 | 指定事業所番号 | 〒 |
| | 住所 (所在地) | |
| | 電話番号 | |
| | 名 称 | |
| | 職・氏名 | |

下記のとおり請求します。

| | | | | | | |
|----|--|--|---|--|--|----|
| 平成 | | | 年 | | | 月分 |
|----|--|--|---|--|--|----|

| | | | | | | | | | |
|------|--|--|----|--|--|---|--|--|---|
| 請求金額 | | | 百万 | | | 千 | | | 円 |
|------|--|--|----|--|--|---|--|--|---|

| 区 分 | 件数 | 単位数 | 費用合計 | 市町村 請求額 | 利用者 負担額 | 社会福祉法人等 軽減額 | 自治体 助成分 |
|------------|----|-----|------|------------|------------|----------------|------------|
| 介護給付費 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 訓練等給付費 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 小 計 | | | | | | | |
| 特定障害者特別給付費 | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | |