令和　　年　　月分

介護給付費請求書（特別給付サービス用）

鎌ケ谷市長　宛

下記のとおり請求します。

令和　　年　　月　　日

事業所番号	
名称	
所在地	〒
代表者	印
連絡先	

内訳

区分	負担割合	件数	サービス費用					
			単価	費用合計	保険請求単価	保険請求額	利用者負担単価	利用者負担額
訪問理美容	1割		1,500		1,350		150	
	2割		1,500		1,200		300	
	3割		1,500		1,050		450	
介助移送	1割		1,000		900		100	
	2割		1,000		800		200	
	3割		1,000		700		300	
合計								