

記入例

令和 6 年 4 月分

介護給付費請求書(特別給付サービス用)

請求事業所名等を記載し、代表者印をご捺印ください。

鎌ヶ谷市長 宛

下記のとおり請求します。

令和 年 月 日

事業所番号	
名称	かまたんタクシー会社
所在地	〒 273-0195 鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷2丁目6番1号
代表者	鎌ヶ谷 太郎 印
	047-445-1141

利用者の負担割合ごとにサービス費用の内訳をご記載ください。

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	2	1,000	2,000	900	1,800	100	200
	2割		1,000		800		200	
	3割		1,000		700		300	
合計		2		2,000		1,800		200