様式第1号（第5条関係）

**塩竈市浦戸地区介護サービス提供明細書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和 |  |  | 年 |  |  | 月分 |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者及び  事業所の名称 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | |
| 被保険者住所 | 塩竈市浦戸 | | | | | | | | | |
| 訪問回数 | 回 | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス種別 | 訪問月日 | 介護報酬  　単位(A) | 回数  (Ｂ) | 総額  (Ａ×Ｂ)  ×10(単位:円) | 補助金交付額  (総額×0.15) | 備　　考 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 合　　計 |  |  |  |  |  |  |

＊訪問(介護予防訪問)リハビリテーションについては、回数(B)欄を必ず記入のこと。

＊1円未満は切り捨てのこと。