

障害福祉サービス費等の請求に関する送信票

事業所コード	0	4							
事業所名	(TEL :)								
連絡先担当者									

宮城県国民健康保険団体連合会 御中

平成 年 月 日提出

障害福祉サービス費等の請求を下記のとおり送信します。

記

(伝送時：送信日時 月 日 時 分)

◎障害福祉サービス費等の請求

サービス月	件数	請求金額	サービス月	件数	請求金額
月	(明) (サ) (計) (利)		月	(明) (サ) (計) (利)	
月	(明) (サ) (計) (利)		月	(明) (サ) (計) (利)	
月	(明) (サ) (計) (利)		月	(明) (サ) (計) (利)	
月	(明) (サ) (計) (利)		月	(明) (サ) (計) (利)	
月	(明) (サ) (計) (利)		計		
備考					

◎送信した書類の該当する番号に○を付けてください。

(明) 介護給付費等請求明細書

(サ) サービス提供実績記録票

(計) サービス利用計画作成費

(利) 利用者負担上限額管理結果票

記入方法

- 障害福祉サービス費等の請求欄の記載について、サービス月毎に、今回送信した内容を件数欄には介護給付費等請求明細書及びサービス利用計画作成費の総件数を、請求金額の欄には総請求金額を記入してください。
- 本票をコピーし、原則として月1枚作成してください。
- 一度送信票を送った後に、再送信をする場合
 - 初回に送信した内容をすべて取り消し再送信する場合は、備考欄に「初回取り消し再送信」と記入。
 - 初回に送信した内容に送信漏れ等があった場合は、備考欄に「追加再送信」と記入。

※本会での確認作業の関係から、10日までにFAX送信いただきますようお願いいたします。

国保連 FAX 番号：022-222-7260

※添書不要（本送信票一枚のみ送信下さい）