

様式第一（附則第二条関係）

平成		年		月分
----	--	---	--	----

介護給付費請求書

保 險 者

(別記) 殿

下記のとおり請求します。

平成 年 月 日

[illegible]

保險請求

[illegible]

公費請求

区 分		サービス費用				特定入所者介護サービス費等		
		件 数	単位数 ・ 点数	費用 合計	公費 請求額	件数	費用 合計	公費 請求額
12	生 保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等							
	生 保 居宅介護支援・ 介護予防支援							
10	結核 34 条							
11	結核 35 条							
21	障自・通院医療							
15	障自・更生医療							
19	原爆・一般							
51	特定疾患等 治療研究							
57	障害者・支援措置（経 過措置）							
81	被爆者助成							
86	被爆体験者							
87	有機ヒ素・緊急措置							
88	水俣病総合対策 メチル水銀							
66	石綿・救済措置							
58	障害者・支援措置（全 額免除）							
合 計								