

介護給付費等請求額通知書（公費負担者分）

平成 年 月 審査分

平成 年 月 日

頁

公費負担者番号	
公費負担者名	

款		項
---	--	---

種 類	通常分				再審査・過誤			負担額	公費分本人負担額
	件数	実日数	公費対象単位数	公費対象金額	件数	公費対象単位数	公費対象調整額		
合 計									
累 計									

審査支払手数料	請求額	累計
---------	-----	----