|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提出区分 | □　持参 | □　郵送・宅配 |

**介護保険請求明細書・給付管理票　磁気媒体提出票**

***※以下の全ての項目をもれなくご記入願います。***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①提出年月日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| ②事業所番号 | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
| ③事業所名称 | |  | | | | | | | | | | | |
| ④担当者職氏名 | | | | |  | | | | | | | | |
| ⑤連絡先電話番号 | | | | | （　　　　　　　） | | | | | | | | |
| ⑥提出CD（FD）枚数 | | | | | | | | | | 枚 | | | |
| ⑦必須確認事項 | 全てのファイルの請求年月を確認している。 | | | | | | | | | □はい　□いいえ | | | |
| 全てのファイルのサービス提供年月（給付管理票の場合は給付対象年月）を確認している。 | | | | | | | | | □はい　□いいえ | | | |
| 給付管理票と支援明細書が両方存在するかを確認している。  *※居宅介護支援事業所のみ* | | | | | | | | | □はい　□いいえ | | | |

令和３年５月版

提出状況の確認が必要な場合は、受付締切日の翌日以降に電話にて問い合わせください。

|  |
| --- |
| **連合会使用欄** |
|  |

|  |
| --- |
| ［照会先］  岩手県国保連合会　保健介護課　介護保険係  TEL：019-623-4325 |