

〒 000-0000

〇〇県■■市〇-△-□

〇〇サービス事業所1
介護 二郎

介護給付費等支払決定額通知書

平成24年 5月 審査分として下記金額を支払決定し
右記銀行に送金しますので通知致します。

事業所番号	900050014
-------	-----------

金額	20,200,000
----	------------

◆◆◆銀行

◇◇◇支店

平成24年 6月 25日
〇〇〇国民健康保険団体連合会

振込金額内訳

介護給付費支払額	8,000,000
主治医意見書作成料	2,000,000
消費税	100,000
認定調査費委託料	2,000,000
消費税	100,000
介護予防・日常生活支援総合事業費支払額	8,000,000
介護給付費等合計	20,200,000

介護予防・日常生活支援総合事業費支払決定額内訳書

平成24年 6月 1日

事業所番号	事業所名
9000050014	□□□事業所

平成24年5月 審査分

1 頁

〇〇〇国民健康保険団体連合会

保険者番号	サービス提供年月	サービス種類名	審査決定				保険者負担金額	備考
			件数	日数 (回数) 日 (回)	単位数 単 位	金額 円		
00900000	H24. 4	訪問型予防サービス	3	31	35,784	357,840	322,056	
00900000	H24. 4	ケアマネジメント	3		35,784	357,840	322,056	
審査決定	総合事業費		6	31	71,568	715,680	644,112	
過誤調整	総合事業費		0	0	0	0	0	
支払決定	総合事業費		6	31	71,568	715,680	644,112	

※過誤調整の内訳については、介護予防・日常生活支援総合事業費過誤決定通知書に記載しています。

S1CL01 (7541)

