

給付管理票総括票

平成 27 年 5 月提出分

作成区分	1. 居宅介護支援事業所作成 ② 自己作成（保険者番号： 9020XX ） 3. 介護予防支援事業所・地域包括支援センター作成		
居宅介護 支援事業所	事業所番号		
	事業所名		
	所在地連絡先		

他 県 分 集 計 欄	訪問通所サービス給付管理票 居宅サービス給付管理票	新規分	0 枚	0 件
		修正分	0 枚	0 件
		取消分	0 枚	0 件
	短期入所サービス給付管理票	新規分	0 枚	0 件
		修正分	0 枚	0 件
		取消分	0 枚	0 件

自 県 分 集 計 欄	訪問通所サービス給付管理票 居宅サービス給付管理票	新規分	40 枚	39 件
		修正分	2 枚	2 件
		取消分	0 枚	0 件
	短期入所サービス給付管理票	新規分	18 枚	18 件
		修正分	0 枚	0 件
		取消分	0 枚	0 件

変更

介護保険償還払支給（不支給）決定通知書

〒123-45XX
〇〇県××市×××1-2-3

介護 太郎 様

先に申請のありました給付費については、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名	介護 太郎	被保険者番号	1 4 2 0 7 7 0 0 X X
--------	-------	--------	---------------------

サービス提供年月	平成 28 年 4 月		
受付年月日	平成 28 年 5 月 1 日	決定年月日	平成 28 年 7 月 15 日
本人支払額	XX,XXX 円		
給付の種類	居宅介護サービス給付費		
支給	する	支給金額	XX,XXX 円
不支給の理由			

支 払 方 法			
		口座払	
お持ち いただくもの	・この通知書 ・介護保険被保険者証 ・申請書に使用した印鑑	金融機関	〇〇銀行 本店
		口座種目	普通
支払場所	振込先	口座番号	1 2 3 4 5 X X
支払期間		口座名義人	カゴ ハコ

問い合わせ先
〒123-45XX
〇〇県××市〇〇〇1-2-3

××市 介護保険課

電話番号 XXX (XXX) XXXX

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して**3箇月**以内に、〇〇介護保険審査会に審査請求をすることができます。
- この決定の取消しを求める訴訟は、次の（1）から（3）までのいずれかに該当する場合を除き、審査請求に対する裁決を経て、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、××市に対して提起することができます。
 - 審査請求があった日から3箇月を経過しても裁決がないとき。
 - 決定、決定の執行又は手続きの続行による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当の理由があるとき。

(000001)

高額介護（予防）サービス費支給（不支給）決定通知書

〒123-45XX
 ○○県××市×××1-2-3

介護 太郎 様

先に申請のありました給付費については、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名	介護 太郎	被保険者番号	14207700XX
サービス提供年月	平成 28 年 4 月		
受付年月日	平成 28 年 5 月 1 日	決定年月日	平成 28 年 7 月 15 日
本人支払額	30,000 円		
給付の種類	高額介護サービス費		
支給	する	支給金額	5,400 円
不支給の理由			

支 払 方 法			
		口座払	
お持ち いただく の	・この通知書 ・介護保険被保険者証 ・申請書に使用した印鑑	金融機関	○○銀行 本店
		口座種目	普通
支払場所		振込先 口座番号	12345XX
支払期間		口座名義人	カゴ ハコ

問い合わせ先
 〒123-45XX
 ○○県××市□□□1-2-3

××市 介護保険課
 電話番号 XXX(XXX)XXXX

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3箇月以内に、○○介護保険審査会に審査請求をすることができます。
- この決定の取消しを求める訴訟は、次の（1）から（3）までのいずれかに該当する場合を除き、審査請求に対する裁決を経て、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、□□に対して提起することができます。
 - 審査請求があった日から3箇月を経過しても裁決がないとき。
 - 決定、決定の執行又は手続きの続行による著しい損害を避けるための緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当の理由があるとき。