**介護給付費通知書（続き）**

様式番号

被保険者番号：　　　　　　　　　被保険者氏名：

**固定文言１＋編集１**

　　　　　　年　　　月 分　～　　　　　　年　　　月 分

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス月 | サービス事業所 | サービス種類  ／サービス略称 | 利用者負担合計額（円） | サービス費用合計額（円） | **固定文言２**  備考 |
|  |  |  |  |  | **固定文言３**  **＋編集２** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※この通知は、利用された介護サービスの費用額や種類を確認いただくためのものであり、費用の請求や支払  
　等を行う必要はありません。

**固定文言４**

※サービス費用合計額は、あなたが介護サービスを受けたときにお支払いになった金額を含む総額を記載して  
　います。

**自由記載１**

（　　　　／　　　　）

（　　　　　　　　　）