給付費通知の記載内容について

給付費通知は介護サービス等を利用しているみなさんが実際に利用したサービスの種類や回数、費用などを確認し、介護サービスの提供を適正に行うためのものです。
送付を希望する方は燕市役所長寿福祉課介護保険係（０２５６－７７－８１７７）へ送付希望の申出書をご提出ください。

介護給付費通知書（例）

〇〇〇－〇〇〇〇
燕市〇〇〇〇〇〇〇〇

〇〇　〇〇　様

令和〇年〇月〇日

燕市長

介護給付費通知書

被保険者氏名　〇〇　〇〇　　被保険者番号　0000000000

あなたの令和〇年〇月　～　令和〇年〇月における介護給付費は以下のとおりです。

【問い合わせ先】
〒959-0295
新潟県燕市吉田西太田1934番地
燕市　長寿福祉課　介護保険係
TEL 0256-77-8177

サービス月	サービス事業所	サービス種類／サービス略称	サービス日数/回数	利用者負担額合計額（円）	サービス費用合計額（円）
令和〇年〇月	〇〇訪問看護ステーション	訪問看護2	3		
	〇〇訪問看護ステーション	訪問看護2・准看	1		
	〇〇訪問看護ステーション	訪問看護	4	3,237	32,370
	〇〇株式会社	手すり貸与	30		
	〇〇株式会社	歩行器貸与	30		
	〇〇株式会社	福祉用具貸与	60	600	6,000
	〇〇ケアプランセンター	居宅支援Ｉ２	1		
	〇〇ケアプランセンター	居宅介護支援	1	0	13,000

記載されている項目

①サービス月
サービスを利用した月です。

②サービス事業所
サービスを提供した事業所名です。

③サービス種類／サービス略称
利用したサービスです。

④サービス日数／回数
サービスを利用した日数・回数・単位数です。
（単位数で表示されている場合は、実際サービスを受けた日数と異なる場合があります。）

⑤利用者負担額合計額（円）
あなたが実際に支払った金額です。（サービス費用の１割、２割または３割）
※以下の介護保険適用外のものに係る負担はここには含まれていません。
・施設入所時の居住費・食費(負担限度額認定を受けている方は記載されています。)
・短期入所利用時の滞在費・食費(負担限度額認定を受けている方は記載されています。)
・通所サービス利用時の食費
・その他介護保険適用外の実費のもの

⑥サービス費用合計額（円）
サービスにかかった費用の総額です。
（自己負担分１割、２割または３割＋介護保険負担分９割、８割または７割）