

# 介護給付費総覧確認表参考兼サービス提供確認届 (令和0年00月総覧審査分)

支援事業所番号		支援事業所名		※必ずご記入ください。
支援事業所 担当者名	連絡先 (電話番号)			

### 【記入例】

令和00年0月0日

三重県国民健康保険団体連合会

TEL 050-212-6500

TEL 059-213-0300  
FAX 059-222-4166

サービス提供事業所に提供の有無を確認のうえ、その結果を「サービス提供確認届欄」に、請求に訂正等がありましたら、その旨を右欄外の余白に記載のうえ令和〇年〇月〇日(〇)までに本会へ返送してください。

※サービス提供確認欄について、給付管理表に記載されたサービスについて全て「無」とされた場合については、「過誤する」の欄に○を記入してください。