

〒 000-0000

県 市 町 1 - 1 - 1

地域包括支援センター・委託型
介護 太郎

様

介護給付費等支払決定額通知書

令和6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 9000000010

金 額 465,800

銀行

支店

令和6年 6月 1日
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	1,000,000
主治医意見書作成料	0
消費税	0
認定調査費委託料	0
消費税	0
介護予防・日常生活支援総合事業費支払額	100,000
原案作成委託料(消費税を含む)	-600,000
電子証明書発行手数料(消費税を含む)	-13,200
ケアプランデータ連携システムライセンス料(消費税を含む)	-21,000
介護給付費等合計	465,800

SIBL01(7515)

