

年 月 日

木曾広域連合 健康福祉課 行

事業所名： _____

担当者名： _____

介護サービス利用に係る請求について（回答）

照会のありました下記のサービス分について回答致します。

記

対象者名・被保険者番号	
サービス提供月・給付サービス種類	年 月
確認結果	医療機関入院期間 【 年 月 日～ 年 月 日】 【 年 月 日～ 年 月 日】

対象者名・被保険者番号	
サービス提供月・給付サービス種類	年 月
確認結果	医療機関入院期間 【 年 月 日～ 年 月 日】 【 年 月 日～ 年 月 日】

対象者名・被保険者番号	
サービス提供月・給付サービス種類	年 月
確認結果	医療機関入院期間 【 年 月 日～ 年 月 日】 【 年 月 日～ 年 月 日】