

〒 850-0000

長崎県〇〇市〇〇町

A事業所

様

介護給付費等支払決定額通知書

平成29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	4200000000
-------	------------

金額	1,000,000
----	-----------

〇〇銀行

〇〇支店

平成29年 5月 31日  
長崎県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	500,000
主治医意見書作成料	0
消費税	0
認定調査委託料	0
消費税	0
介護予防・日常生活支援総合事業費支払額	500,000
電子証明書発行手数料（消費税を含む）	0
合計	1,000,000

総合事業費分の支払  
額が表示される。