

【請求明細書記載事例 2】 訪問介護の場合

様式第二

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護)

公費負担者番号		平成	1	8	年	0	4	月分
公費受給者番号		保険者番号	1	4	9	9	9	9

被保険者	被保険者番号	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
	(フリガナ)	訪問 介護									
	氏名	訪問 介護									
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男	2.女				
	要介護状態区分	経過的要介護・要介護 1・2・3・4 (5)									
認定有効期間	平成	1	8	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成	2	0	年	0	3	月	3	1	日	まで
請求事業者	事業所番号	1	4	9	9	9	9	9	9	9	
	事業所名称	国保連合会介護センター									
	所在地	〒220-0003 横浜市西区楠町27-1									
	連絡先	電話番号 045-329-3445									

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成	2. 被保険者自己作成							
事業所番号	1	4	9	9	9	9	9	9	9
事業所名称	国保連合会介護センター								

開始年月日	平成	1	8	年	4	月	1	日	中止年月日	平成		年		月		日
-------	----	---	---	---	---	---	---	---	-------	----	--	---	--	---	--	---

中止理由	1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院															
------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

サービス内容	サービスコード			単位数	回数	サービス単位数			公費分回数	公費対象単位数			摘要
	1	1	1	2	3	1	2	3	1	0			
身体介護 1	1	1	1	2	3	1	1	0					
身体介護 9	1	1	9	1	0	8	2	5		5	4	1	260

サービスの提供回数を記載すること。

訪問介護で4時間以上のサービスを行った場合、所要時間を分単位で記載すること (P.132参照)

請求額集計欄	サービス種類コード / 名称	1	1	訪問介護																	
	サービス実日数	1	0																		
	計画単位数	7	7	2	0																
	限度額管理対象単位数	7	7	2	0																
	限度額管理対象外単位数											給付率 (/100)									
	給付単位数 (のつち少ない数) +	7	7	2	0											保険	9	0			
	公費分単位数											公費									
	単位数単価	1	0	6	0	円 / 単位								合計							
	保険請求額	7	3	6	4	8											7	3	6	4	8
	利用者負担額	8	1	8	4											8	1	8	4		
公費請求額																					
公費分本人負担																					

サービスを実施した日数を記載すること。

社会福祉に よる軽減	軽減率				%	受領すべき利用者負担の総額 (円)	軽減額 (円)	軽減後利用者負担額	備考
	11	訪問介護							
	15	通所介護							
	71	夜間対応型訪問介護							
	72	認知症対応型通所介護							
73	小規模多機能型居宅介護								

【請求明細書記載事例 3】福祉用具貸与の場合

様式第二

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護)

公費負担者番号		平成	1	8	年	0	4	月分
公費受給者番号		保険者番号	1	4	9	9	9	9

被保険者番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2		
(フリガナ)	フキ ヨウキ											
氏名	福祉 用具											
生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和									
	0	2	年	0	2	月	0	2	日	性別	①.男	2.女
要介護状態区分	経過的要介護・要介護 1・2・3・4 ⑤											
認定有効期間	平成	1	8	年	0	4	月	0	1	日	から	
	平成	2	0	年	0	3	月	3	1	日	まで	

事業所番号	1	4	9	9	9	9	9	9	9	9
事業所名称	国保連合会介護センター									
所在地	〒220-0003 横浜市西区楠町27-1									
連絡先	電話番号 045-329-3445									

居宅サービス計画	①. 居宅介護支援事業者作成	2. 被保険者自己作成									
事業所番号	1	4	9	9	9	9	9	9	9	事業所名称	国保連合会介護センター

開始年月日	平成	1	8	年	4	月	7	日	中止年月日	平成		年		月		日
-------	----	---	---	---	---	---	---	---	-------	----	--	---	--	---	--	---

中止理由	1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院															
------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要
特殊寝台貸与	171003		24	1400			0000-11111
特殊寝台付属品貸与	171004		24	400			0000-22222

福祉用具貸与は、単位数欄の記載不要

福祉用具貸与を現に行った日数を記載すること。

福祉用具貸与の場合、商品コードを記載すること (P.132参照)

サービス種類コード / 名称	17	福祉用具貸与
サービス実日数	24	日
計画単位数	1800	
限度額管理対象単位数	1800	
限度額管理対象外単位数		
給付単位数(のうちの少ない数)+	1800	
公費分単位数		
単位数単価	1000	円/単位
保険請求額	16200	
利用者負担額	1800	
公費請求額		
公費分本人負担		

社会福祉に よる軽減	軽減率	%	受領すべき利用者負担の総額(円)	軽減額(円)	軽減後利用者負担額	備考
	11	訪問介護				
	15	通所介護				
	71	夜間対応型訪問介護				
	72	認知症対応型通所介護				
	73	小規模多機能型居宅介護				

【請求明細書記載事例 4】 公費請求（生活保護(公費12)の場合) 訪問介護

様式第二

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護)

公費負担者番号	1	2	1	4	0	0	0	0	平成	1	8	年	0	4	月分
公費受給者番号	1	1	1	1	1	1	1	1	保険者番号	1	4	9	9	9	9

被保険者	被保険者番号	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
	(フリガナ)	ヒダケ タロウ									
	氏名	生保 太郎									
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	①.男	2.女				
	要介護状態区分	経過的要介護・要介護 1・2・3・4 ⑤									
認定有効期間	平成	1	8	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成	2	0	年	0	3	月	3	1	日	まで
請求事業者	事業所番号	1	4	9	9	9	9	9	9	9	9
	事業所名称	国保連合会介護センター									
	所在地	〒220-0003 横浜市西区楠町27-1									
	連絡先	電話番号 045-329-3445									

居宅サービス計画	①. 居宅介護支援事業者作成	2. 被保険者自己作成									
	事業所番号	1	4	9	9	9	9	9	9	9	9
事業所名称		国保連合会介護センター									

開始年月日	平成	1	8	年	4	月	1	日	中止年月日	平成			年			月			日
-------	----	---	---	---	---	---	---	---	-------	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

中止理由	1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院																		
------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要

公費分記載もれ多し

請求額集計欄	サービス種類コード / 名称	1	1	訪問介護																			
	サービス実日数	5	日																				
	計画単位数	5	4	1	0																		
	限度額管理対象単位数	5	4	1	0																		
	限度額管理対象外単位数																						
	給付単位数(のつち少ない数)+	5	4	1	0																		
	公費分単位数	5	4	1	0																		
	単位数単価	1	0	▲	6	0	円/単位	▲	円/単位	▲	円/単位	▲	円/単位	合計									
	保険請求額	5	1	6	1	1													5	1	6	1	1
	利用者負担額																						
公費請求額	5	7	3	5															5	7	3	5	
公費分本人負担																							

公費の給付率を記載すること

社会福祉に よる軽減	軽減率	%															
	11 訪問介護	受領すべき利用者負担の総額(円)															
	15 通所介護	軽減額(円)															
	71 夜間対応型訪問介護	軽減後利用者負担額															
	73 小規模多機能型居宅介護	備考															

【請求明細書記載事例 5】公費請求（月途中から生活保護（公費12）適用の場合）
 例) 4月1日から、5日間サービスを行い、内2日間が公費適用となった場合

夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護

公費負担者番号	1	2	1	4	0	0	0	0
公費受給者番号	9	9	9	9	9	9	9	9

平成	1	8	年	0	4	月分
保険者番号	1	4	9	9	9	9

被保険者	被保険者番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
	(フリガナ)	ヒケイ ナカ									
	氏名	生保 花子									
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男					2.女
	要介護状態区分	経過的要介護・要介護 1・2・3・4・5									

請求事業者	事業所番号	1	4	9	9	9	9	9	9	9
	事業所名称	国保連合会介護センター								
	所在地	〒220-0003 横浜市西区楠町27-1								
	連絡先	電話番号 045-329-3445								

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成	2. 被保険者自己作成														
	事業所番号	1	4	9	9	9	9	9	9	9						
事業所名称	国保連合会介護センター															
開始年月日	平成	1	8	年	4	月	1	日	中止年月日	平成		年		月		日
中止理由	1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院															

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要
		身体介護 6	1 1 1 6 1 1	8 3 3	5	4 1 6 5	2	1 6 6 6

1月に行った全体の回数と単位数を記載する。

1月の中で公費適用となった分の回数と単位数を記載する。

請求額集計欄	サービス種類コード / 名称	1	1	訪問介護												
	サービス実日数	5	日													
	計画単位数	4	1	6	5											
	限度額管理対象単位数	4	1	6	5											
	限度額管理対象外単位数															
	給付単位数(のつち少ない数)+	4	1	6	5											
	公費分単位数	1	6	6	6											
	単位数単価	1	0	6	0	円/単位										
	保険請求額	3	9	7	3	4										
	利用者負担額	2	6	5	0											

公費の給付率を記載すること

給付率 (/100)	9	0	
保険			
公費	1	0	0
合計			

計算式

$4,165 \times 10.6 = 44,149 \dots$ 端数切捨
 $\times 90\% = 39,734$ (保険請求額) \dots 端数切捨
 $1,666 \times 10.6 = 17,659 \dots$ 端数切捨
 $\times (100\% - 90\%) = 1,765$ (公費請求額) \dots 端数切捨
 $- - = 2,650$ (利用者負担額) \dots

社会福祉 法人等 による 軽減	軽減率					%	受領すべき負担の総額
	11 訪問介護						
	15 通所介護						
	71 夜間対応型訪問介護						
	72 認知症対応型通所介護						

【請求明細書記載事例 6】 公費請求（生活保護単独(公費12)の場合) 訪問介護

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護)

公費負担者番号	1	2	1	4	0	0	0	0
公費受給者番号	2	2	2	2	2	2	2	2

平成	1	8	年	0	4	月分	
保険者番号	1	4	9	9	9	9	9

被保険者番号	H	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
(フリガナ)	ヒケ 寿一										
氏名	生保 単独										
生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和			性 別		①.男 2.女					
要介護状態区分	経過的要介護・要介護 1・2・3・4 ⑤										
認定有効期間	平成	1	8	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成	2	0	年	0	3	月	3	1	日	まで

事業所番号	1	4	9	9	9	9	9	9	9		
事業所名称	国保連合会介護センター										
〒	2	2	0	-	0	0	0	3			
請求	生保単独の場合は、被保険者番号の頭が「H」で始まります。										
連絡先	電話番号	045-329-3445									

居宅サービス計画	①. 居宅介護支援事業者作成	2. 被保険者自己作成								
事業所番号	1	4	9	9	9	9	9	9	9	
事業所名称	国保連合会介護センター									
開始年月日	平成	1	8	年	4	月	1	日		
中止年月日	平成			年				日		
中止理由	1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院									

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要
身体介護9	1 1 1 9 1 1 1 0 8 2	5	5	4 1 0	5	5 4 1 0	260

公費分記載もれ多し

サービス種類コード / 名称	1 1	訪問介護
サービス実日数	5	日
計画単位数	5 4 1 0	
限度額管理対象単位数	5 4 1 0	
限度額管理対象外単位数		
給付単位数(のうちの少ない数)+	5 4 1 0	
公費分単位数	5 4 1 0	
単位数単価	1 0 6 0	円/単位
保険請求額		
利用者負担額		
公費請求額	5 7 3 4 6	
公費分本人負担		

生保単独の場合は全額が公費請求額となります。

社会福祉法人等による軽減	軽減率	%	受領すべき利用者負担の総額(円)	軽減額(円)	軽減後利用者負担額	備考
	11	訪問介護				
	15	通所介護				
	71	夜間対応型訪問介護				
	72	認知症対応型通所介護				
	73	小規模多機能型居宅介護				

【請求明細書記載事例 7】 公費請求 (特別対策(公費57)の場合) 訪問介護・福祉用具

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護)

公費負担者番号	5	7	1	4	0	0	0	0
公費受給者番号	3	3	3	3	3	3	3	3

平成	1	8	年	0	4	月分	
保険者番号	1	4	9	9	9	9	9

被保険者番号	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1
(フリガナ)	トハツタイ									
氏名	特別 対策									
生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	①.男 2.女					
要介護状態区分	経過的要介護・要介護 1・2・3・4 ⑤									
認定有効期間	平成 1 8 年 0 4 月 0 1 日 から	平成 2 0 年 0 3 月 3 1 日 まで								

事業所番号	1	4	9	9	9	9	9	9	9	
事業所名称	国保連合会介護センター									
所在地	〒220-0003 横浜市西区楠町27-1									
連絡先	電話番号 045-329-3445									

居宅サービス計画	①. 居宅介護支援事業者作成	2. 被保険者自己作成								
事業所番号	1	4	9	9	9	9	9	9	9	
事業所名称	国保連合会介護センター									
開始年月日	平成 1 8 年 4 月 1 日	中止年月日	平成 年 月 日							
中止理由	1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院									

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要
身体介護 6	1 1 1 6 1 1	8 3 3	8	6 6 6 4	8	6 6 6 4	
特殊寝台貸与	1 7 1 0 0 3		2 0	1 4 0 0			00000-111111
特殊寝台付属品貸与	1 7 1 0 0 4		2 0	4 0 0			00000-222222

公費分記載もれ多し

福祉用具貸与は、特別対策(公費57)適応外のため、公費分回数と対象単位数は空欄になる。

サービス種類コード / 名称	1 1 訪問介護	1 7 福祉用具貸与							
サービス実日数	8 日	2 0 日							
計画単位数	6 6 6 4	1 8 0 0							
限度額管理対象単位数	6 6 6 4	1 8 0 0							
限度額管理対象外単位数									
給付単位数(のうちの少ない数)+	6 6 6 4	1 8 0 0							
公費分単位数	6 6 6 4								
単位数単価	1 0 6 0 円/単位	1 0 0 0 円/単位							
保険請求額	6 3 5 7 4	1 6 2 0 0						7 9 7 7 4	
利用者負担額	2 1 2 0	1 8 0 0						3 9 2 0	
公費請求額	4 9 4 4							4 9 4 4	
公費分本人負担									

公費の給付率を記載すること

計算式
 $6,664 \times 10.6 = 70,638 \dots$ 端数切捨
 $\times 90\% = 63,574$ (保険請求額) \dots 端数切捨
 $\times 7\% = 4,944$ (公費請求額) \dots 端数切捨
 $- - = 2,120$ (利用者負担額) \dots

社会福祉に よる軽減	軽減率		%	受領すべき利用者負担の総額(円)	軽減
11	訪問介護				
15	通所介護				
71	夜間対応型訪問介護				
72	認知症対応型通所介護				
73	小規模多機能型居宅介護				

【請求明細書記載事例 8】 公費請求（公費2種類併用の場合） 訪問介護・福祉用具

（訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護）

公費負担者番号	5	7	1	4	0	0	0	0
公費受給者番号	4	4	4	4	4	4	4	4

平成	1	8	年	0	4	月分	
保険者番号	1	4	9	9	9	9	9

被保険者番号	4	1	4	1	4	1	4	1	4	1
(フリガナ)	トハツセイ									
氏名	特別 生保									
生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	①.男 2.女					
要介護状態区分	経過的要介護・要介護 1・2・3・4 ⑤									
認定有効期間	平成 1 8 年 0 4 月 0 1 日 から	平成 2 0 年 0 3 月 3 1 日 まで								

事業所番号	1	4	9	9	9	9	9	9	9	
事業所名称	国保連合会介護センター									
所在地	〒220-0003 横浜市西区楠町27-1									
連絡先	電話番号 045-329-3445									

居宅サービス計画	①. 居宅介護支援事業者作成	2. 被保険者自己作成								
事業所番号	1	4	9	9	9	9	9	9	9	
事業所名称	国保連合会介護センター									

開始年月日	平成 1 8 年 4 月 1 日	中止年月日	平成 年 月 日
-------	------------------	-------	----------

中止理由	1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院
------	---

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要
身体介護9	1 1 1 6 1 1	8 3 3	8	6 6 6 4	8	6 6 6 4	
特殊寝台貸与	1 7 1 0 0 3		2 0	1 4 0 0			00000-111111
特殊寝台付属品貸与	1 7 1 0 0 4		2 0	4 0 0			00000-222222

公費特別対策（57）と公費生活保護（12）の公費併用の記載例

公費優先順位としては（57）＞（12）となるため、（57）の残分のすべてを（12）で持つ
 訪問介護 100% - 90%（保険請求額） - 7%（57公費請求額）・・・ 2枚中1枚目
 残の3%の利用者負担額を生保で請求・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2枚中2枚目
 福祉用具貸与 公費57対象外なので
 100% - 90%（保険請求額）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2枚中1枚目
 残の10%の利用者負担額を生保で請求・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2枚中2枚目

サービス実日数	8	日	2	0	日	日	日										
計画単位数	6	6	6	4	1	8	0	0									
限度額管理対象単位数	6	6	6	4	1	8	0	0									
限度額管理対象外単位数																	
給付単位数（のうちの少ない数）+	6	6	6	4	1	8	0	0									
公費分単位数	6	6	6	4													
単位数単価	1	0	▲	6	0	円/単位	1	0	▲	6	0	円/単位	▲	円/単位	▲	円/単位	合計
保険請求額	6	3	5	7	4	1	6	2	0	0	7	9	7	7	4		
利用者負担額																	
公費請求額	4	9	4	4													
公費分本人負担																	

社会福祉に よる軽減	軽減率	▲	%	受領すべき利用者負担の総額（円）	軽減額（円）	軽減後利用者負担
11	訪問介護					同じ保険者で2枚に分けての請求になるので、連番を記入する。
15	通所介護					
71	夜間対応型訪問介護					
72	認知症対応型通所介護					
73	小規模多機能型居宅介護					

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

様式第二

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護)

公費負担者番号	1	2	1	4	0	0	0	0
公費受給者番号	5	5	5	5	5	5	5	

平成	1	8	年	0	4	月分	
保険者番号	1	4	9	9	9	9	9

被保険者番号	4	1	4	1	4	1	4	1	4	1	
(フリガナ)	トカグセヒ										
氏名	特別 生保										
生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和			性別			①.男 2.女				
要介護状態区分	経過的要介護・要介護 1・2・3・4 ⑤										
認定有効期間	平成	1	8	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成	2	0	年	0	3	月	3	1	日	まで

事業所番号	1	4	9	9	9	9	9	9	9	
事業所名称	国保連合会介護センター									
所在地	〒220-0003 横浜市西区楠町27-1									
連絡先	電話番号 045-329-3445									

居宅サービス計画	①. 居宅介護支援事業者作成					2. 被保険者自己作成										
事業所番号	1	4	9	9	9	9	9	9	9							
事業所名称	国保連合会介護センター															
開始年月日	平成	1	8	年	4	月	1	日	中止年月日	平成		年		月		日
中止理由	1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院															

サービス内容	サービスコード		単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要
	身体介護9	111611	833	8	6664	8	6664	
特殊寝台貸与	171003		20	1400			0000-111111	
特殊寝台付属品貸与	171004		20	400			0000-222222	

サービス種類コード / 名称	11	1	訪問介護	17	7	福祉用具貸与											
サービス実日数	8	日	20	日													
計画単位数	6	6	6	4	1	8	0	0									
限度額管理対象単位数	6	6	6	4	1	8	0	0									
限度額管理対象外単位数																	
給付単位数(のうちの少ない数)+	6	6	6	4	1	8	0	0									
公費分単位数	6	6	6	4	1	8	0	0									
単位数単価	1	0	▲	6	0	円/単位	1	0	▲	0	0	円/単位	▲	円/単位	▲	円/単位	合計
保険請求額																	
利用者負担額																	
公費請求額	2	1	2	0	1	8	0	0									3920
公費分本人負担																	

社会福祉に よる軽減	軽減率				▲	%	受領すべき利用者負担の総額(円)					軽減後利用者					備考
	11	訪問介護													同じ保険者で2枚に分けての請求になるので、連番を記入する。		
	15	通所介護															
	71	夜間対応型訪問介護															
	72	認知症対応型通所介護															
73	小規模多機能型居宅介護																

【請求明細書記載事例 9】 計画単位数をオーバーしてサービスを提供した場合

（訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護）

公費負担者番号		平成	1	8	年	0	4	月分
公費受給者番号		保険者番号	1	4	9	9	9	9

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9
	(フリガナ)	カゴ 拓也									
	氏名	介護 超過									
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	①.男	2.女				
	要介護状態区分	経過的要介護・要介護 1・2・3・4 ⑤									
認定有効期間	平成	1	8	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成	2	0	年	0	3	月	3	1	日	まで
請求事業者	事業所番号	1	4	9	9	9	9	9	9	9	9
	事業所名称	国保連合会介護センター									
	所在地	〒220-0003 横浜市西区楠町27-1									
	連絡先	電話番号 045-329-3445									

居宅サービス計画	①. 居宅介護支援事業者作成	2. 被保険者自己作成																
	事業所番号	1	4	9	9	9	9	9	9	9	9							
事業所名称	国保連合会介護センター																	
開始年月日	平成	1	8	年	4	月	1	日	中止年月日	平成								
中止理由	1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院																	

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要
身体介護6	1 1 1 6 1 1	8 3 3	1 2	9 9 9 6			
訪問入浴	1 2 1 1 1 1 1	2 5 0	2	2 5 0 0			
特殊寝台貸与	1 7 1 0 0 3		2 0	1 4 0 0			00000-111111
特殊寝台付属品貸与	1 7 1 0 0 4		2 0	4 0 0			00000-222222

計画単位数をオーバーしてサービスを行った場合の記載例
 訪問介護
 計画単位数(ケアマネ計画単位数) 9,060 < 実際サービスを行った単位数 9,996
 9,996 - 9,060 = 936 単位は全額利用者負担になるので . . . の計算に入れない

請求額集計欄	サービス種類コード / 名称	1 1 訪問介護	1 2 訪問入浴	1 7 福祉用具貸与				
	サービス実日数	1 2 日	2 日	2 0 日				
	計画単位数	9 0 6 0	2 5 0 0	1 8 0 0				
	限度額管理対象単位数	9 9 9 6	2 5 0 0	1 8 0 0				
	限度額管理対象外単位数							給付率 (/100)
	給付単位数(のうちの少ない数)+	9 0 6 0	2 5 0 0	1 8 0 0				保険 9 0
	公費分単位数							公費
	単位数単価	1 0 6 0 円/単位	1 0 6 0 円/単位	1 0 0 0 円/単位				合計
	保険請求額	8 6 4 3 2	2 3 8 5 0	1 6 2 0 0				1 2 6 4 8 2
	利用者負担額	9 6 0 4	2 6 5 0	1 8 0 0				1 4 0 5 4
公費請求額								
公費分本人負担								

社会福祉に よる軽減	軽減率		%	受領すべき利用者負担の総額(円)	軽減額(円)	軽減後利用者負担額	備考
	11 訪問介護						
	15 通所介護						
	71 夜間対応型訪問介護						
	72 認知症対応型通所介護						
73 小規模多機能型居宅介護							

【請求明細書記載事例 10】短期入所における入退所年月日の記載

居宅サービス介護給付費明細書
(短期入所生活介護)

様式第三

公費負担者番号		平成	1	8	年	0	4	月	分	
公費受給者番号		保険者番号	1	4	9	9	9	9	9	
被保険者 番号 (フリガナ) 氏名 生年月日 要介護 状態区分 認定有効 期間	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
	タチ ニュウヨ									
	短期 入所									
	1. 明治 2. 正 3. 昭和 性別 ①. 男 2. 女 1 3 年 1 1 月 1 1 日									
経過的要介護・要介護 1・2・3・④・⑤										
平成 1 8 年 0 4 月 0 1 日 から 平成 2 0 年 0 3 月 3 1 日 まで										
事業所番号 1 4 9 9 9 9 9 9 9 9 9 事業所名称 国保連合会介護センター										
連絡先 電話番号 0 4 5 - 3 2 9 - 3 4 4 5										

入所年月日
前月から継続して入所している場合はその入所した日付を記載、それ以外の場合は当該月の最初の入所した日付を記載すること。

居宅 サービス 計画	①. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成									
	事業所番号 1 4 9 9 9 9 9 9 9 9 9									
	事業所名称 国保連合会介護センター									
入所年月日 平成 1 8 年 0 4 月 0 4 日										
退所年月日 平成 1 8 年 0 4 月 0 9 日										
短期入所実日数 6										

サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
単独短期生活 4	2 1 1 1 4 1	8 5 3	6	5 1 1 8			
合計							

退所年月日
当該月における最初の退所した日付(月の途中で要介護状態・要支援状態をまたがる変更認定等がありサービスを終了した場合を含む)を記載すること。ただし、当該月に退所がなく月末日において入所継続中の場合は記載しないこと。(連続入所が30日を超える場合は、30日目を退所日と見なして記載すること。)

区分	保険分	公費分
計画単位数	5 1 1 8	
限度額管理対象単位数	5 1 1 8	
限度額管理対象外単位数		
給付単位数	5 1 1 8	
単位数単価	1 0 4 0 円/単位	
給付率	9 0 / 100	/ 100
請求額(円)	4 7 9 0 4	
利用者負担額(円)	5 3 2 3	

サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計									
						保険分 請求額(円)	公費分 請求額	公費分本人負担月額	

社会福祉法人等による 軽減欄	軽減率	%	受領すべき利用者 負担の総額(円)	軽減額(円)	軽減後利用者 負担額	備考
21	短期入所生活介護					