

5 . 給付管理票及び請求明細書記載例

介護給付費請求書の編綴

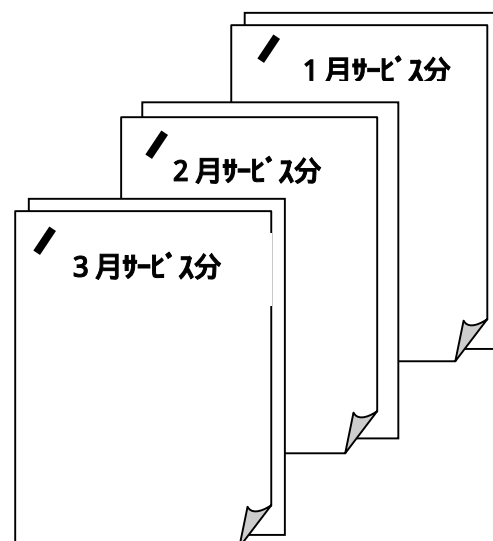
(1) 介護給付費請求書の編綴

介護給付費請求書は、サービス提供月分ごとに綴じ、各月分ごとに綴じひもやホチキスで左上角をとめて提出します。

例えばサービス提供月が3か月分あれば、3冊となります。



介護給付費請求明細書
(様式第二 ~ 様式第十)



サービス提供月が3か月分あれば、
3冊となります。

(2) 給付管理票の編綴

給付管理票は、提出月で1冊です。綴じひもやホチキスで左上角をとめて提出します。



給付管理票
(様式第十一)

給付管理票の修正を行う時は、
給付管理票の右上に修正と赤字で記載すること

居宅介護サービス計画費(様式第七、様式第七の二)
は、介護給付費請求書(1)に綴じて提出してください。

【給付管理票総括票記載例】

給付管理票総括票

平成 20年 5月 提出分

提出年月を記載する。
(月遅れ請求分があっても総括票は1枚になる)

作成区分	①.居宅介護支援事業所作成 2.被保険者自己作成(保険者番号:) 3.介護予防支援事業者作成										
居宅介護支援事業所	事業所番号	1	4	9	9	9	9	9	9	9	
	事業所名	国保介護支援センター									
	所在地連絡先	045-329-3445									

他 県 分 集 計 欄	訪問通所サービス給付管理票 居宅サービス給付管理票	新規分		
			枚	件
		修正分		
	短期入所サービス給付管理票		枚	件
		取消分		
			枚	件

自 県 分 集 計 欄	訪問通所サービス給付管理票 居宅サービス給付管理票	新規分	1枚	5件
		修正分	枚	件
		取消分	枚	件
	短期入所サービス給付管理票	新規分	枚	件
		修正分	枚	件
		取消分	枚	件

区分ごとに給付管理票の枚数と
計画したサービス件数の合計を記載する。

給付管理票(平成 20年 4月分)

②	保険者番号							保険者名			⑤	作成区分																
	1	4	9	9	9	9	9	介護市				1	居宅介護支援事業者作成															
被保険者番号							被保険者氏名							2	被保険者自己作成													
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	フリガナ	コクホ カイゴ		3	介護予防支援事業者作成														
									国保		介護		⑥	居宅介護 / 介護予防 支援事業所番号		1	4	9	9	9	9	9	9	9	9			
生年月日								性別	③		要支援・要介護状態区分		⑦	担当介護支援専門員番号		1	1	1	1	1	1	1	1	1				
明大昭								男	女	要支援1・2		経過的要介護・要介護1・2・3・4・5		⑧	居宅介護 / 介護予防 支援事業者の事業所名		国保連合会介護センター											
居宅サービス・介護予防サービス 支給限度基準額								限度額適用期間							⑨	支援事業者の 事業所所在地及び連絡先		横浜市西区楠町27-1										
④	35,830 単位 / 月							平成		20年	4月	~	平成	21年	3月	⑩	委託先の支援事業所番号											
																⑪	担当介護支援専門員番号											

サービス事業者の 事業所名	事業所番号 (県番号 - 事業所番号)									指定 / 基準該当 / 地域密着型	サービス 種類名	サービス 種類コード		給付計画単位数					
国保連合会介護センター	1	4	9	9	9	9	9	9	9	⑨指定・基準該当・ 地域密着	訪問看護	1	3		1	1	9	8	
										指定・基準該当・ 地域密着									
										指定・基準該当・ 地域密着									
										指定・基準該当・ 地域密着									
										指定・基準該当・ 地域密着									
										指定・基準該当・ 地域密着									
										指定・基準該当・ 地域密着									
										指定・基準該当・ 地域密着									
										指定・基準該当・ 地域密着									
										指定・基準該当・ 地域密着									
										指定・基準該当・ 地域密着									
										指定・基準該当・ 地域密着									
										指定・基準該当・ 地域密着									
										指定・基準該当・ 地域密着									
										指定・基準該当・ 地域密着									
										指定・基準該当・ 地域密着									
										指定・基準該当・ 地域密着									
										指定・基準該当・ 地域密着									
										指定・基準該当・ 地域密着									
										指定・基準該当・ 地域密着									
										指定・基準該当・ 地域密着									
										指定・基準該当・ 地域密着									
										指定・基準該当・ 地域密着									
											合計				1	1	9	8	

給付管理票の記載方法

対象年月

居宅サービスもしくは介護予防サービス計画の対象となった年月を和暦で記載すること。

保険者番号、保険者名、被保険者番号、被保険者氏名、生年月日、性別

サービス利用票（控）に記載された情報を記載すること。

要支援・要介護状態区分

サービス利用票（控）に記載された要介護状態区分を記載すること。

月途中で変更があった場合には、いずれか重い方の要介護状態区分を記載すること。

月途中で要介護状態・要支援状態をまたがる変更があった場合、介護予防支援事業者（地域包括支援センター）が経過的要介護から要介護５の記載を行う場合があるので、留意すること。

居宅サービス・介護予防サービス支給限度基準額、限度額適用期間

サービス利用票（控）に記載された情報を記載すること。

作成区分

該当する作成者の番号を○で囲むこと。

月途中で要介護状態・要支援状態をまたがる変更があった場合、月末時点での作成者の番号を○で囲むこと。

居宅介護／介護予防支援事業所番号、居宅介護／介護予防支援事業者の事業所名、事業所所在地及び連絡先

居宅サービス計画もしくは予防サービス計画を作成した居宅介護支援事業所もしくは介護予防支援事業所（地域包括支援センター）の情報を記載すること。

担当介護支援専門員番号

給付管理を行った、介護支援専門員の指定介護支援専門員番号を記載すること。

介護予防支援事業所（地域包括支援センター）において、介護支援専門員番号を記載できない場合には記載不要であること。

委託先の支援事業所番号、介護支援専門員番号

介護予防支援事業所（地域包括支援センター）が介護予防支援を居宅介護支援事業所に委託した場合、委託先の居宅介護支援事業所番号、委託先の居宅介護支援事業所の担当の介護支援専門員番号を記載すること。

居宅サービス・介護予防サービス

- サービス事業者の事業所名、事業所番号、指定／基準該当／地域密着型サービス識別、サービス種類名
サービス利用票別表（控）に記載された情報を記載すること。

- サービス種類コード
当該サービス種類のコード（サービスコードの上２桁）を記載すること。

- 給付計画単位数
サービス利用票別表（控）のサービス種類ごとの**区分支給限度基準内単位数**に記載された額（単位数）を記載すること。

● 綴じ場所

樣式第一

介護給付費請求書

9	9	9
---	---	---

平成20年 5月10日

保險

生保2号被保険者を除いた居宅介護支援、介護予防支援
(様式第七、様式第七の二)の合計を記載

居宅介護支援、介護予防支援介護給付費明細書（様式第七、様式第七の二）で、
生保の２号被保険者のみ記載

[illegible]

介護給付費明細書の記載方法（様式第二の場合）

サービス提供年月

請求対象となるサービスを提供した年月を和暦で記載すること(右詰め)。

公費負担者番号・公費受給者番号

介護保険で適用となる公費受給者に対してサービスを行った場合に、該当の番号を記載する。

適用となる公費については（P.140）参照。

障害（８０）や、老人保健番号（２７）は、介護保険では使用できません。

保険者番号

介護保険の被保険者証等の保険者番号欄に記載されている番号を記載する。

被保険者番号、氏名、生年月日、性別

介護保険の被保険者証等に記載されている情報を記載する。

要介護状態区分、認定有効期間

請求対象となる期間における要介護状態区分と認定有効期間を記載する。

月の途中で要介護状態区分等の変更があった場合は、月の末日における情報を記載すること。

なお、「要介護１」→「要支援１」に変更になった場合等で、**記載すべき要介護状態区分が様式に存在しない場合は、補記を行うこと**（ただし、補記する名称は「要支援１」等正確に記載し、「要１」等の省略は不可とする）。

請求事業者

サービス提供を行った事業所の情報を記載すること。

居宅サービス計画

区分支給限度額管理の対象サービスの請求を行う場合に、記載すること。

（居宅療養管理指導費のみの請求の場合は記載しないこと。）

開始年月日

サービスの提供を開始した月に、最初にサービスを提供した日付を記載すること。

前月以前から継続している場合は、記載しないこと。ただし、小規模多機能型居宅介護においては、前月以前のサービス提供開始日を記載すること。

中止年月日、中止理由

月の途中でサービスの提供を中止した場合（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）に、最後にサービスを提供した日付と中止理由を記載すること。

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の中止理由は「５．その他」を○で囲むこと。

翌月以降サービスを継続している場合は記載しないこと。

月の途中で、転出等により保険者をまたがる異動が発生し、かつサービスの提供が継続されている場合には、当該転出日を記載すること。

給付費明細欄

提供したサービス内容、該当のサービスコード、単位数、回数を記載すること。

回数については、サービスの提供回数、または提供日数を記載すること。

福祉用具貸与の場合は、**福祉用具貸与を現に行った日数を記載すること。**

公費の請求がある場合には、公費分回数、公費対象単位数の欄にも記載すること。

摘要

サービス内容に応じて、別表１（P.137）に従って所定の内容を記載すること。

請求額集計欄

■ サービス種類コード、名称

サービス種類コード（サービスコードの上2桁）と、サービス名称を記載する。

■ サービス実日数

当該対象サービスの、サービスを行った実日数を記載する。

■ 計画単位数

居宅介護支援事業所または介護予防支援事業所（地域包括支援センター）または被保険者が作成したサービス提供票の別表に記載された、当該サービスにおける支給限度基準内単位数を記載する。

ただし、居宅療養管理指導（介護予防を含む）の場合には記載不要であること。

■ 限度額管理対象単位数

当該サービス種類のうち、支給限度額管理対象部分（特別地域加算及びターミナルケア加算を除く。）のサービス単位数を合計して記載すること。

■ 限度額管理対象外単位数

当該サービス種類のうち、限度額管理対象外（特別地域加算及びターミナルケア加算）のサービス単位数を合計して記載すること。

■ 給付単位数

「計画単位数」と「限度額管理対象単位数」のいずれか低い方の単位数に、限度額管理対象外単位数を加えた単位数を記載すること。

■ 公費分単位数

当該サービス種類の公費対象単位数の合計と「給付単位数」のいずれか低い方の単位数を記載すること。

■ 単位数単価

事業所所在地における当該サービス種類の単位数あたり単価を記載すること。

■ 保険請求額、利用者負担額、公費請求額

記載例を参考に、金額を記載すること。

■ 公費分本人負担

公費負担医療、または生活保護受給者で本人負担額がある場合にその額を記載すること。

給付率

■ 保険

介護給付費の基準額のうち保険給付を行う率を百分率で記載すること（例えば通常の場合は90）。

減免対象者、減額対象者等については、保険者証、減免証等を参考にして記載すること。

■ 公費

公費負担の給付を行う率を百分率で記載すること。当該率等については（P.140）を参照すること。

合計

保険請求額から公費分本人負担について、それぞれの行の合計金額を記載すること。

社会福祉法人等による軽減欄

（P.133）別表を参照。

【請求明細書記載事例 1】居宅療養管理指導の場合

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										平成 2 0 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 0 0									
	(フリガナ)	ワカチ リョウカ									
	氏名	居宅 療養									
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 1 1 年 1 1 月 1 1 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 2 0 年 0 4 月 0 1 日 から										
	平成 2 1 年 0 3 月 3 1 日 まで										

請求事業者	事業所番号	1 4 1 9 9 9 9 9 9 9									
	事業所名称	国保連合会クリニック									
	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									

開始年月日	平成 2 0 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		

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
	居宅療養管理指導	3 1 1 1 1 1	5 0 0	1	5 0 0			7日

居宅訪問日等を記載すること(P.134参照)

請求額集計欄	サービス種類コード / 名称	3 1	居宅療養管理指導料														
	サービス実日数	1	日														
	計画単位数																
	限度額管理対象単位数																
	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 0 0													
	公費分単位数																
	単位数単価	1 0 0	0 円 / 単位														
	保険請求額		4 5 0 0														
	利用者負担額		5 0 0														
公費請求額																	
公費分本人負担																	

社会福祉に 係る軽減	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								

1. 附外膜形

(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)

請求事業者

①. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成

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.137参照)

サービスを実施した日数を記載すること。

社 会 福 祉
法 人 等 に
よ 軽 減
欄

1	枚中	1	枚目
---	----	---	----

【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 2 0 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	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 2										請求事業者	事業所番号	1 4 9 9 9 9 9 9 9 9									
	(フリガナ)	福祉 用具											事業所名称	国保連合会介護センター									
	氏名	福祉 用具											所在地	〒220-0003 横浜市西区楠町27-1									
	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											連絡先	電話番号 0 4 5 - 3 2 9 - 3 4 4 5									
	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 2 0 年 0 4 月 0 1 日 から 平成 2 1 年 0 3 月 3 1 日 まで																						

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										事業所名称	国保連合会介護センター									
	事業所番号	1 4 9 9 9 9 9 9 9 9																			
開始年月日	平成 2 0 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																				

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
	特殊寝台貸与	1 7 1 0 0 3		2 4	1 4 0 0			00000-111111
	特殊寝台付属品貸与	1 7 1 0 0 4		2 4	4 0 0			00000-222222
	福祉用具貸与は、単位数欄の記載不要							

請求額集計欄	サービス種類コード / 名称	1 7 福祉用具貸与																			
	サービス実日数	2 4 日																			
	計画単位数	1 8 0 0																			
	限度額管理対象単位数	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) + 公費分単位数	1 8 0 0																			
	単位数単価	1 0 0 0 円 / 単位																			
	保険請求額	1 6 2 0 0																			
	利用者負担額	1 8 0 0																			
	公費請求額																				

社会福祉に 係る軽減	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	2	0	年	0	4	月分
公費受給者番号	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)	生保 太郎									
	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	2	0	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成	2	1	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	事業所名称	国保連合会介護センター							
開始年月日	平成	2	0	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

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													
	保険請求額	5	1	6	1	1													
	利用者負担額																		
公費請求額	5	7	3	5															
公費分本人負担																			

公費の給付率を記載すること

給付率（/100）
 保険 90
 公費 100

社会福祉に 係る軽減	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					

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)

公費受給者番号	9	9	9	9	9	9	9
---------	---	---	---	---	---	---	---

保険者番号	1	4	9	9	9	9
-------	---	---	---	---	---	---

請 求 事 業 者	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										
	所在地	〒220-0003 横浜市西区楠町27-1										
	連絡先	電話番号 045-329-3445										

開始 年月日	平成	2	0	年		4	月		1	日	中止 年月日	平成			年		月		日
-----------	----	---	---	---	--	---	---	--	---	---	-----------	----	--	--	---	--	---	--	---

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			

[illegible]

軽減率				%	受領すべき負担の総額	$1,666 \times 10.6 = 17,659 \dots$ 端数切捨 $\times (100\% - 90\%) = 1,765$ (公費請求額) $\dots$ 端数切捨
-----	--	--	--	---	------------	---

1	枚中	1	枚目
---	----	---	----

1	枚中	1	枚目
---	----	---	----

【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
---------	---	---	---	---	---	---	---

平成	2	0	年	0	4	月分
----	---	---	---	---	---	----

保険者番号	1	4	9	9	9	9	9
-------	---	---	---	---	---	---	---

被保険者	被保険者番号	H	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	(フリガナ)	生保 単独												
	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	2	0	年	0	4	月	0	1	日	から			
	平成	2	1	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	9	9
事業所名称	国保連合会介護センター												
請求	〒220-0003												

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	9	9	9	事業所名称

開始年月日	平成	2	0	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 9	1 1 1 9 1 1 1 0 8 2	5	5 4 1 0	5	5 4 1 0	2 6 0	

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。

給付率（/100）

保険 公費 1 0 0

社会福祉に 係る軽減	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		平成	2	0	年	0	4	月分
公費受給者番号	3	3	3	3	3	3	3			保険者番号	1	4	9	9	9	9

被保険者	被保険者番号	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1
	(フリガナ)	トハツタイカ									
	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	2	0	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成	2	1	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										
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	2	0	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	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			00000-11111
	特殊寝台付属品貸与	1 7 1 0 0 4		2 0	4 0 0			00000-22222

請求額集計欄	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																
	利用者負担額	4 5 2 2	1 8 0 0																

社会福祉に 係る軽減	軽減率				%	受領すべき利用者負担の総額（円）													
	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																		

計算式	$6,664 \times 10.6 = 70,638 \dots \text{端数切捨}$ $\times 90\% = 63,574 \text{ (保険請求額)} \dots \text{端数切捨}$ $\times 4\% = 2,542 \text{ (公費請求額)} \dots \text{端数切捨}$ $- - = 4,522 \text{ (利用者負担額)} \dots$
-----	---

【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	平成	2	0	年	0	4	月分
公費受給者番号	4	4	4	4	4	4	4	保険者番号	1	4	9	9	9	9	9

被保険者	被保険者番号	4	1	4	1	4	1	4	1	4	1
	(フリガナ)	トバウセイ									
	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	2	0	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成	2	1	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	事業所名称	国保連合会介護センター				
開始年月日	平成	2	0	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） - 4％（57公費請求額）・・・ 2枚中1枚目
 残の6％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	0	円 / 単位
保険請求額	6	3	5	7	4	1	6	2	0
利用者負担額									
公費請求額	2	5	4	2					
公費分本人負担									

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
(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)

様式第二

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											
被保険者番号										4	1	4	1	4	1	4	1										
(フリガナ)										トバウセイ																	
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 2 0 年 0 4 月 0 1 日 から		平成 2 1 年 0 3 月 3 1 日 まで															
事業所番号										1	4	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	事業所名称	国保連合会介護センター								
開始年月日		平成 2 0 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 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	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	2	0		4	0	0	00000-222222			
請求額集計欄	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				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 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		4 5 2 2				1 8 0 0												6 3 2 2								
	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																	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																									

你此第—

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)

1	枚中	1	枚目
---	----	---	----

【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算明細書
(短期入所生活介護)

様式第三

公費負担者番号										平成	2	0	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	1	1	1	1	
	(フリガナ)	ケキ ニカキヨ										
	氏名	短期 入所										
	生年月日	1	3	年	1	1	月	1	1	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	2	0	年	0	4	月	0	1	日	から	
	平成	2	1	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								

■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。

連絡先	電話番号	0	4	5	-	3	2	9	-	3	4	4	5
-----	------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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								

入所年月日	平成	2	0	年	0	4	月	0	4	日
退所年月日	平成	2	0	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				
給 付 費 明 細 欄																				■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。)
		合計																		

請求額集計欄	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		

特定入所者介護サービス費	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								

枚中		枚目
----	--	----

【請求明細書記載事例 1 1】サービス計画費（様式第七）

様式第七

平成 2 0 年 0 4 月分

公費負担者番号		2号被保険者（65歳未満）で生活保護（12）の 公費をもっている人のみ記入（被保険者番号がHで始まる人）									
居宅介護 支援事業者	事業所 番 号	1 4 9 9 9 9 9 9 9 9									
	事業所 名 称	国保介護支援センター									
	所在地	〒 2 2 0 - 0 0 0 3 神奈川県横浜市西区楠町 2 7 - 1									
	連絡先	電話番号 0 4 5 - 3 2 9 - 3 4 4 5									
単位数単価		1 0 6 0 （円/単位）									

項番	被保険者															請求計算				
1	被保険者番号	0	0	0	9	8	6	4	3	7	5	(フリガナ)				サービスコード				
	公費受給者番号											氏 名				4 3 2 2 1 1				
	生年月日	1. 明治	大正	3. 昭和								性 別				単位数				
	要介護状態区分	経過的要介護・要介護 1・2・3・4・										認 定有効期間				請求金額				
	担当介護支援専門員番号	0	0	0	0	0	0	0	0	1		サービス計画作成依頼届出年月日				1 3 7 8 0				
	被保険者番号											(フリガナ)				サービスコード				
	公費受給者番号											氏 名				単位数				
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和								性 別				請求金額				
	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								
	担当介護支援専門員番号											サービス計画作成依頼届出年月日								
	被保険者番号											(フリガナ)				サービスコード				
	公費受給者番号											氏 名				単位数				
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和								性 別				請求金額				
	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								
	担当介護支援専門員番号											サービス計画作成依頼届出年月日								
	被保険者番号											(フリガナ)				サービスコード				
	公費受給者番号											氏 名				単位数				
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和								性 別				請求金額				
	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								
	担当介護支援専門員番号											サービス計画作成依頼届出年月日								

2号被保険者（65歳未満）で生活保護（12）の
公費をもっている人のみ記入不要（被保険者番号がHで
始まる人）

平成 18 年 4 月制度改正にかかる請求明細書・給付管理票の記載例について

1. 様式第二

(1) 訪問介護(様式第二)のサービスにて、月途中(16日)に要介護状態が要介護1から要支援2へと変更になり、同日にサービスの提供を開始した場合の記載内容。

様式第二

要介護 状態区分	経過的要介護・要介護 1・2・3・4・5 要支援 2																						
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					3. 介護予防支援事業者作成							
	事業所 番号	4	8	0	9	9	9	9	9	9	事業所 名称	介護予防支援事業所											
開始 年月日	平成	1	8	年		4	月		1	日	中止 年月日	平成	1	8	年		4	月	1	5	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 日数		サービス単位数				公費分 回数等		公費対象単位数			摘要	
	身体介護 1		1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	5	3	4	6	5						

注：月途中に要介護状態が要介護と要支援をまたがる変更となった場合、月末時点の要介護状態区分および居宅サービス計画作成事業所を記載することになるが、様式第二には要支援、および介護予防支援事業所の記載が存在しないため、別途余白に四角囲み等明確な形で補記する。また、その場合の中止年月日には要介護から要支援に変更となった前日の日付を、中止理由には 5：その他を記載する。

様式第二の二

要支援 状態区分	要支援 1 要支援 2																						
介護予防 サービス 計画	2. 被保険者自己作成										③ 介護予防支援事業者作成												
	事業所 番号	4	8	0	9	9	9	9	9	9	事業所 名称	介護予防支援事業所											
開始 年月日	平成	1	8	年		4	月		1	6	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 日数		サービス単位数				公費分 回数等		公費対象単位数			摘要	
	予防訪問介護 ・ 日割		6	1	2	1	1	1	4	1	1	5	6	1	5								

注：月途中に要介護状態が要介護と要支援をまたがる変更となった場合、月末時点の要支援状態区分、介護予防サービス計画作成事業所を記載する。また、その場合の開始年月日には要介護から要支援に変更となり、サービスの提供を開始した日付を記載する。

介護予防訪問介護など月額報酬のサービスについて、要介護認定区分の変更(要介護状態・要支援状態をまたがる認定区分の変更を含む。)が行われた場合などについては、月単位の報酬ではなく、日割り計算用のサービスコードを使用して対象となる期間分の日数を請求する。

給付管理票

保険者番号										保険者名											
4 8 9 9 9 9										保険者											
被保険者番号										被保険者氏名											
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9										フリガナ ヒサコシヤ 被保険者											
生年月日										性別		要支援・要介護状態区分									
明・大 昭 11年 11月 11日										男 女		要支援 1・2 経過的要介護 5 要介護 1・2・3・4・5									
居宅サービス・介護予防サービス 支給限度基準額										限度額適用期間											
16,580 単位 / 月										平成 18年 1月		~		平成 18年 6月							

作成区分													
1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者作成													
居宅介護 / 介護予防 支援事業所番号		4 8 0 9 9 9 9 9 9 9											
担当介護支援専門員番 号		4 8 9 9 9 9 9 9 9											
居宅介護 / 介護予防 支援事業者の事業所 名		介護予防支援事業所 (地域包括支援センター)											
支援事業者の 事業所所在地及び連 絡先		事業所所在地											
委託先 の 番号													
介護支援専門員番 号													

居宅サービス・介護予防サービス																			
サービス事業者の 事業所名	事業所番号 （県番号 - 事業所番号）										指定 / 基準該当 / 地域密着型 サービス識別	サービス 種類名	サービス 種類コード		給付計画単位数				
介護サービス事業所	4	8	1	1	1	1	1	1	1	1	指定・基準該当・ 地域密着	訪問介護	1	1		3	4	6	5
予防サービス事業所	4	8	2	2	2	2	2	2	2	2	指定・基準該当・ 地域密着	介護予防訪問介護	6	1			6	1	5
											指定・基準該当・ 地域密着								
											指定・基準該当・ 地域密着								
												合計				4	0	8	0

注：月途中で要介護状態が要介護と要支援をまたがる変更となった場合、給付管理票は月末時点の支援事業所が作成する（上記事例においては介護予防支援事業所が作成）。

要介護状態区分、支給限度基準額には月を通じて重い方の要介護状態、支給限度基準額を記載する。

なお、月額報酬のサービスについて、要介護認定区分の変更（要介護状態・要支援状態をまたがる認定区分の変更を含む。）が行われた場合などについては、月単位の単位数ではなく、日割りの単位数での計画単位数を記載する。

(2) 夜間対応型訪問介護 (様式第二) のサービスにて、サービス提供事業所がオペレーションセンターを設置し、平成 1 8 年 4 月 1 日から当該サービスの利用を開始し、1 月の間に 1 0 日間定期巡回サービスを提供した場合の記載内容。

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 日数	サービス単位数				公費分 回数等	公費対象単位数				摘要
	夜間訪問介護 基本	7	1	1	1	1	1				1	1	0	0	0						
	夜間訪問介護 定期巡回	7	1	1	1	2	1	3	4	7	1	0	3	4	7	0					

請 求 額 集 計 欄	サービス種類コード / 名称	7	1	夜間訪問																	
	サービス実日数	1	0	日																	
	計画単位数			4	4	7	0														
	限度額管理対象単位数			4	4	7	0														
	限度額管理対象外単位数						0														給付率 (/ 100)
	給付単位数 (のうち 少ない数) +			4	4	7	0														保険
	公費分単位数																				公費
	単位数単価	1	0	0	0	円 / 単位															合計
	保険請求額		4	0	2	3	0														
	利用者負担額			4	4	7	0														
	公費請求額																				
	公費分本人負担																				

注：基本夜間対応型訪問介護など月額報酬のサービスの場合、明細情報の単位数欄には記載しない。サービス実日数には 1 月の間に実際に夜間対応型訪問介護サービスを提供した日数を記載する。

補足：基本夜間対応型訪問介護費 (夜間対応型訪問介護費 ()) については、利用者が月の途中で別の夜間対応型訪問介護事業所に変更した場合などであっても日割り計算は行わない。

(3) 小規模多機能型居宅介護(様式第二)のサービスにて、4月1日よりサービスを開始し、20日間サービスを提供。要介護状態は要介護3の認定を受けている場合の記載内容。

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	4	8	9	9	9	9	9	9	9	事業所名称	小規模多機能型居宅介護事業所								

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 日数	サービス単位数				公費分 回数等	公費対象単位数				摘要	
	小規模多機能型居宅介護3	7	3	1	1	3	1					1	2	3	2	8	6						150700
	小規模多機能型居宅介護初期加算	7	3	6	3	0	0			3	0	3	0			9	0	0					

請求額集計欄	サービス種類コード / 名称	7	3	小規模多機能																	
	サービス実日数	2	0	日																	
	計画単位数		2	4	1	8	6														
	限度額管理対象単位数		2	4	1	8	6														
	限度額管理対象外単位数						0														
	給付単位数(のうち少ない数)+		2	4	1	8	6														
	公費分単位数																				
	単位数単価	1	0	0	0	円/単位						円/単位					円/単位				
	保険請求額	2	1	7	6	7	4														
	利用者負担額		2	4	1	8	6														
	公費請求額																				
	公費分本人負担																				

注：小規模多機能型居宅介護など月額報酬のサービスの場合、明細情報の単位数欄には記載しない。

小規模多機能型居宅介護サービスの場合、明細情報の摘要欄に通所、訪問、宿泊のサービスを提供した日数を二桁の数字で続けて記載すること。なお、同日に複数のサービスを提供した場合においても、それぞれのサービスで日数を集計し、記載すること。(本事例では、20日間のうち2日間は通所サービスと訪問サービスを併用して提供したため、通所サービスを15日間、訪問サービスを7日間提供し、宿泊サービスを提供しなかった場合の記載例)

サービス実日数には1月の間に実際に小規模多機能型居宅介護サービスを提供した日数を記載する。また、小規模多機能型居宅介護サービスについては、給付管理票の作成は居宅介護支援事業所ではなく、小規模多機能型居宅介護事業所により作成、提出される。その場合において、居宅サービス計画作成区分には小規模多機能型居宅介護事業所作成の場合は「1：居宅介護支援事業者作成」を記載する。なお、居宅介護支援費の報酬は小規模多機能型居宅介護費に含まれていることから、別途居宅介護支援介護給付費明細書(様式第七)による居宅介護支援費の報酬を請求することはできない。

(4) 小規模多機能型居宅介護 (様式第二) のサービスにて、平成 1 8 年 4 月 1 日から当該サービスの契約を締結し、平成 1 8 年 4 月 1 0 日から当該サービスの利用を開始。当該月は 1 5 日間サービスを提供。要介護状態は要介護 3 の認定を受けていたが、4 月 2 5 日に要介護 2 に変更となった場合の記載内容。

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	4	8	9	9	9	9	9	9	9	事業所名称	小規模多機能型居宅介護事業所								
開始年月日	平成	1	8	年	4	月	1	0	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 日数	サービス単位数					公費分 回数等	公費対象単位数					摘要	
	小規模多機能型居宅介護 3・日割	7	3	1	1	3	2		7	6	6	1	5	1	1	4	9	0						080102
	小規模多機能型居宅介護 2・日割	7	3	1	1	2	2		5	3	7		6		3	2	2	2						020200
	小規模多機能型居宅介護初期加算	7	3	6	3	0	0			3	0	2	1			6	3	0						

請求額集計欄	サービス種類コード / 名称	7	3	小規模多機能																				
	サービス実日数	1	5	日																				
	計画単位数		1	5	3	4	2																	
	限度額管理対象単位数		1	5	3	4	2																	
	限度額管理対象外単位数						0																	
	給付単位数 (のうち 少ない数) +		1	5	3	4	2																	
	公費分単位数																							
	単位数単価	1	0	0	0	円 / 単位						円 / 単位					円 / 単位					円 / 単位		
	保険請求額	1	3	8	0	7	8																	
	利用者負担額		1	5	3	4	2																	
	公費請求額																							
	公費分本人負担																							

注：小規模多機能型居宅介護サービスについては、月の初日から利用契約を結んでも月の途中からサービスを開始した場合、月単位の報酬ではなく、日割り計算用のサービスコードを使用して請求する（本事由は小規模多機能型居宅介護（予防も含む）のみに適用される）。なお、日割り計算を行う登録日は、利用者と利用契約を結んだ日ではなく、実際にサービスを開始した日となる。

小規模多機能型居宅介護サービスの場合、明細情報の摘要欄に通所、訪問、宿泊のサービスを提供した日数を二桁の数字で続けて記載すること。（本事例では、4 月 1 0 日から通所サービスを 1 0 日間、訪問サービスを 3 日間、宿泊サービスを 2 日間提供した場合の記載例）

サービス実日数には実際に小規模多機能型居宅介護サービスを提供した日数を記載する。

補足：小規模多機能型居宅介護サービスについては、本事例のように月の途中で要介護 3 から要介護 2 への変更など経過的要介護から要介護 5 の間での認定区分の変更が行われた場合についても、月単位の報酬ではなく、要介護状態区分に応じた日割り計算用のサービスコードを使用して請求する。

(5) 小規模多機能型居宅介護 (様式第二) のサービスにて、平成 1 8 年 4 月 1 日から当該サービスの利用を開始し、1 月のうち 2 0 日間サービスを提供。利用者は要介護 3 の認定を受けており、月の途中 (4 月 1 1 日) から生活保護の適用を受けた場合の記載内容。

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	4	8	9	9	9	9	9	9	9	事業所名称	小規模多機能型居宅介護事業所									
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 日数	サービス単位数					公費分 回数等		公費対象単位数					摘要		
	小規模多機能型居宅介護 3・日割	7	3	1	1	3	2		7	6	6	3	0	2	2	9	8	0	2	0	1	5	3	2	0	101000
	小規模多機能型居宅介護初期加算	7	3	6	3	0	0			3	0	3	0			9	0	0	2	0			6	0	0	

請求額集計欄	サービス種類コード / 名称	7	3	小規模多機能																					
	サービス実日数	2	0	日																					
	計画単位数		2	3	8	8	0																		
	限度額管理対象単位数		2	3	8	8	0																		
	限度額管理対象外単位数						0																		
	給付単位数 (のうち 少ない数) +		2	3	8	8	0																		
	公費分単位数		1	5	9	2	0																		
	単位数単価	1	0	0	0	円 / 単位						円 / 単位					円 / 単位					円 / 単位			
	保険請求額	2	1	4	9	2	0																		
	利用者負担額			7	9	6	0																		
	公費請求額		1	5	9	2	0																		
	公費分本人負担						0																		

注：小規模多機能型居宅介護など月額報酬のサービスにおいて、サービスは月初日から開始 (契約期間が 1 月を満たす) しているが、月途中で公費が適用された場合、月単位の報酬ではなく、日割り計算用のサービスコードを使用して請求を行う。

なお、本内容に関しては、月途中での資格異動やサービス事業所の変更などの事例に関しても同様の取り扱いとなる。月単位報酬のサービスにおける日割り計算用サービスコードの適用事例の詳細は記載要領 2 の (2) の のとおり。

(6) 訪問リハビリテーション(様式第二)のサービスにて、6月に集中的に指定訪問リハビリテーションを行った場合の記載内容。退院(所)日もしくは認定日が月途中(5月15日)の場合。

給付費明細欄	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
	訪問リハビリ1・マネジメント加算		1	4	2	1	1	3		5	2	0	3	0	1	5	6	0	0									
	訪問リハ短期集中加算 1		1	4	5	0	0	1		3	3	0	1	4		4	6	2	0									20060515
	訪問リハ短期集中加算 2		1	4	5	0	0	2		2	0	0	1	6		3	2	0	0									20060515

注：短期集中リハビリテーション加算において、退院(所)日もしくは認定日が月途中の場合、起算日から1ヶ月以内の期間と1ヶ月超の期間が混在するため、集中加算1と集中加算2の両加算の請求が行われることとなる。(通所リハビリテーションの短期集中リハビリテーション加算においても同様)
また、短期集中リハビリテーション実施加算を請求する場合、明細情報の摘要欄に病院若しくは診療所または介護保険施設から退院・退所した年月日又は要介護認定を受けた日を記載すること。

(7) 居宅療養管理指導(様式第二)のサービスにて、病院又は診療所の薬剤師ががん末期の患者に対して薬学的な管理指導を行った場合の記載内容。

給付費明細欄	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		
	薬剤師居宅療養 1		3	1	1	2	2	1		5	5	0		2		1	1	0	0						4,6
	薬剤師居宅療養 2		3	1	1	2	5	1		3	0	0		6		1	8	0	0						11,13,18,20,25,27

注：居宅療養管理指導において、病院又は診療所の薬剤師ががん末期の患者に対して行った場合は1週に2回、1月に8回を限度として請求が行える。なお、がん末期の患者以外の場合は1月に2回(薬局の薬剤師にあっては4回)が限度となる。
また、居宅療養管理指導を請求する場合、明細情報の摘要欄に算定回数に応じた居宅訪問日をカンマ(,)区切りで記載すること。

2. 様式第二の二

(1) 介護予防訪問介護(様式第二の二)のサービスにて、月途中(16日)に要介護状態が要支援2から要介護1へと変更になった場合の記載内容。

様式第二の二

要支援 状態区分	要支援1・要支援2																				要介護1									
介護予防 サービス 計画	2.被保険者自己作成										3.介護予防支援事業者作成										1.居宅介護支援事業者作成									
	事業所 番号		4	8	9	9	9	9	9	9	9	事業所 名称		居宅介護支援事業所																
開始 年月日	平成	1	8	年		4	月		1	日	中止 年月日	平成	1	8	年		4	月	1	5	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 費用 明細 欄	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						
	予防訪問介護・日割		6	1	2	1	1	1			4	1	1	5			6	1	5											

注：月途中に要介護状態が要支援と要介護をまたがる変更となった場合、月末時点の要支援状態区分および介護予防サービス計画作成事業所を記載することになるが、様式第二の二には要介護、および居宅介護支援事業所の記載が存在しないため、別途余白に四角囲み等明確な形で補記する。また、その場合の中止年月日には要支援から要介護に変更となった前日の日付を、中止理由には5：その他を記載する。

介護予防訪問介護など月額報酬のサービスについて、要介護認定区分の変更（要支援状態・要介護状態をまたがる認定区分の変更を含む。）が行われた場合などについては、月単位の報酬ではなく、日割り計算用のサービスコードを使用して対象となる期間分の日数を請求する。

様式第二

要介護 状態区分	経過的要介護																				要介護1		2・3・4・5						
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		4	8	9	9	9	9	9	9	事業所 名称		居宅介護支援事業所																
開始 年月日	平成	1	8	年		4	月	1	6	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																												
給付 費用 明細 欄	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					
	身体介護1		1	1	1	1	1	1			2	3	1	1	5			3	4	6	5								

注：月途中に要介護状態が要支援と要介護をまたがる変更となった場合、月末時点の要介護状態区分、居宅サービス計画作成事業所を記載する。また、その場合の開始年月日には要支援から要介護に変更となり、サービスの提供を開始した日付を記載する。

給付管理票

保険者番号										保険者名											
4 8 9 9 9 9										保険者											
被保険者番号										被保険者氏名											
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9										フリガナ ヒサコシヤ 被保険者											
生年月日										性別		要支援・要介護状態区分									
明・大 昭 11年 11月 11日										男 女		要支援 1・2 経過的要介護 5 要介護 1・2・3・4・5									
居宅サービス・介護予防サービス 支給限度基準額										限度額適用期間											
16,580 単位 / 月										平成 18年 4月		~		平成 18年 10月							

作成区分																			
1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者作成																			
居宅介護 / 介護予防 支援事業所番号		4 8 9 9 9 9 9 9 9 9																	
担当介護支援専門員番 号		4 8 9 9 9 9 9 9 9																	
居宅介護 / 介護予防 支援事業者の事業所 名		居宅介護支援事業所																	
支援事業者の 事業所所在地及び連 絡先		事業所所在地																	
委託 した 場合		委託先の支援事業所 番号 介護支援専門員番号																	

居宅サービス・介護予防サービス																			
サービス事業者の 事業所名	事業所番号 (県番号 - 事業所番号)										指定 / 基準該当 / 地域密着型 サービス識別	サービス 種類名	サービス 種類コード		給付計画単位数				
介護サービス事業所	4	8	1	1	1	1	1	1	1	1	指定・基準該当・ 地域密着	訪問介護	1	1	3	4	6	5	
予防サービス事業所	4	8	2	2	2	2	2	2	2	2	指定・基準該当・ 地域密着	予防訪問介護	6	1	6	1	5		
											指定・基準該当・ 地域密着								
											指定・基準該当・ 地域密着								
合計															4	0	8	0	

注：月途中で要介護状態が要支援と要介護をまたがる変更となった場合、給付管理票は月末時点の支援事業所が作成する（上記事例においては居宅介護支援事業所が作成）。

要介護状態区分、支給限度基準額には月を通じて重い方の要介護状態、支給限度基準額を記載する。

なお、月額報酬のサービスについて、要介護認定区分の変更（要介護状態・要支援状態をまたがる認定区分の変更を含む。）が行われた場合などについては、月単位の単位数ではなく、日割りの単位数での計画単位数を記載する。

(2) 介護予防訪問介護 (様式第二の二) のサービスにて、月中に 1 回、3 級課程の訪問介護員が指定介護予防訪問介護を行った場合の記載内容。

給付費明細欄	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
	予防訪問介護 ・ 3 級	6	1	1	2	1	2				1	1	9	7	4								

注：介護予防訪問介護において、月中に 1 回でも 3 級課程の訪問介護員が指定介護予防訪問介護を行った場合には減算対象となり、所定単位数の 1 0 0 分の 8 0 に相当する単位数の請求となる。

なお、介護予防訪問介護など月額報酬のサービスの場合、明細情報の単位数欄には記載しない。

(3) 介護予防通所介護 (様式第二の二) のサービスにおいて、月途中でサービス事業所を同一保険者内の事業所評価加算が算定可能な事業所変更し、運動器機能向上サービスを実施している場合の記載内容。

給付費明細欄	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
	予防通所介護 2 ・ 日割	6	5	1	1	2	2	1	4	3	1	5	2	1	4	5							
	予防通所介護運動器機能向上加算	6	5	5	0	0	2				1		2	2	5								
	予防通所介護事業所評価加算	6	5	5	0	0	5				1		1	0	0								

注：介護予防通所介護など月額報酬のサービスについて、サービス事業所の変更（同一保険者内に限る）が行われた場合などについては、月単位の報酬ではなく、日割り計算用のサービスコードを使用して契約期間分の日数を請求する。

なお、加算に関しては月単位の報酬であっても日割り計算を行わず、月単位の報酬を請求し、明細情報の単位数欄には記載しない。

(4) 介護予防訪問介護 (様式第二の二) のサービスにおいて、要支援状態区分が要支援 2 で、1 週間に 2 回を超える介護予防訪問介護が必要と認められていた者 (介護予防訪問介護費 のサービスを受けていた者) が、月途中で要支援状態区分が要支援 1 に変更になった場合の記載内容。

要支援 状態区分	要支援 1 ・ 要支援 2																						
介護予防 サービス 計画	2 . 被保険者自己作成 3 . 介護予防支援事業者作成																						
	事業所 番号	4	8	0	9	9	9	9	9	9	9	事業所 名称	介護予防支援事業所										
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 日数	サービス単位数				公費分 回数等	公費対象単位数				摘要	
	予防訪問介護 ・ 日割	6	1	2	3	2	1		1	3	2	1	5		1	9	8	0					
	予防訪問介護 ・ 日割	6	1	2	2	1	1			8	1	1	5		1	2	1	5					

注：介護予防訪問介護など月額報酬のサービスについて、本事例のように月の途中で要支援 2 から要支援 1 への変更など要支援 1 ・ 要支援 2 の間での認定区分の変更が行われた場合については、月単位の報酬ではなく、要支援状態区分に応じた日割り計算用のサービスコードを使用して請求する。

なお、本内容に関しては介護予防訪問介護のほかに、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防特定施設入居者生活介護における外部サービス利用型の介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション、および介護予防小規模多機能型居宅介護においても同様の取り扱いとなる。

3 . 様式第五

(1) 短期入所療養介護 (様式第五) のサービスにて、利用者負担第 1 段階の認定を受けている者が、日中のみの指定短期入所療養介護として、往復の送迎付きでユニット型準個室へ入所し、理学療法 () を 3 回行った。当該施設は夜間勤務等介護 ()、療養環境減算 ()、医師配置減算、管理栄養士配置加算、療養食加算、緊急短期入所ネットワーク加算を算定できる体制となっている場合の記載内容。

入所年月日	平成	1	8	年		4	月		5	日
退所年月日	平成	1	8	年		4	月		5	日
短期入所 実日数										1

給付費明細欄	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
	特定病院療養短期・夜勤		2	3	2	6	1	2	7	8	3	1			7	8	3						
	病院療養療養環境減算		2	3	2	6	0	1	-	2	5	1			-	2	5						
	病院療養医師配置減算		2	3	2	7	0	0	-	1	2	1			-	1	2						
	病院療養短期送迎加算		2	3	2	9	2	0	1	8	4	2			3	6	8						
	病院療養短期管理栄養士配置加算		2	3	2	7	7	1		1	2	1			1	2							
	病院療養短期療養食加算		2	3	2	7	7	5		2	3	1			2	3							
	病院療養短期緊急短期入所加算		2	3	2	7	7	6			5	0	1			5	0						
	合計													1	1	9	9						

特定診療費	傷病名		脳梗塞後遺症																			
	識別番号		内容				単位数			回数		保険分単位数			公費回数		公費分単位数			摘要		
	1	6	理学療法				1	8	0	3		5	4	0								
	合計										5	4	0									

請求額集計欄	区分		保険分					公費分					保険分特定診療費					公費分特定診療費								
	計画単位数				1	1	9	9																		
	限度額管理対象単位数				1	1	9	9																		
	限度額管理対象外単位数							0																		
	給付単位数				1	1	9	9									5	4	0							
	単位数単価		1	0	0	0	円 / 単位							10 円 / 単位					10 円 / 単位							
	給付率			9	0	/ 100						/ 100				9	0	/ 100						/ 100		
	請求額（円）			1	0	7	9	1									4	8	6	0						
利用者負担額（円）				1	1	9	9										5	4	0							

特定入所者介護サービス費	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							
	短期療養食費	5	9	2	3	1	1	1	3	8	0	3	0	0	1			1	3	8	0					3	0	0	
	短期療養ユニット型準個室	5	9	2	3	2	2	1	6	4	0	4	9	0	1			1	6	4	0					4	9	0	
	合計																3	0	2	0							7	9	0
															保険分 請求額(円)						2	2	3	0	公費分 請求額			公費分本人負担月額	

注：短期入所療養介護において、特定病院療養病床短期入所療養介護費（日帰りショート）を利用した場合でも、各加算、特定診療費および特定入所者介護サービス費に於ける請求は行うことができる。
なお、その場合において、入所年月日・退所年月日には同日が記載される。

4. 様式第六の三

(1) 特定施設入居者生活介護(様式第六の三)のサービスにて、要介護度3の利用者が夜間看護体制に該当する施設に入所し、個別機能訓練を行った場合の記載内容。

給付費明細欄	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	
	特定施設生活介護3・機能		3	3	1	1	3	2		6	9	5	3	0	2	0	8	5	0								
	特定施設夜間看護体制加算		3	3	1	1	6	0			1	0	3	0			3	0	0								
	合計													2	1	1	5	0									

請求額集計欄	区分	保険分						公費分					
	外部利用型給付上限単位数												
	外部利用型上限管理対象単位数												
	給付単位数		2	1	1	5	0						
	単位数単価	1	0	0	0	円 / 単位							
	給付率		9	0	/ 100							/ 100	
	請求額（円）	1	9	0	3	5	0						
	利用者負担額（円）		2	1	1	5	0						

注：一般型である特定施設入居者生活介護を利用した場合には、請求額集計欄の 外部利用型給付上限単位数、 外部利用型上限管理対象単位数に於ける記載は不要となる。

(2) 特定施設入居者生活介護(様式第六の三)のサービスにて、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護に入所し、身体介護5、通所介護 12を15回ずつ行った場合の記載内容。利用者の要介護状態区分は要介護2、外部サービスの上限単位数以内の場合。

給付費明細欄	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
	外部特定施設生活介護							3	3	1	2	0	1			8	4	3	0			2	5	2	0								
	外部身体介護 5							3	3	1	3	1	5			4	5	0	1	5			6	7	5	0							
	外部通所介護 1 2							3	3	1	7	2	2			4	5	4	1	5			6	8	1	0							
	合計																		1	6	0	8	0										

請求額集計欄	区分	保険分						公費分					
	外部利用型給付上限単位数		1	8	7	2	6						
	外部利用型上限管理対象単位数		1	6	0	8	0						
	給付単位数		1	6	0	8	0						
	単位数単価	1	0	0	0	円 / 単位							
	給付率		9	0	/ 100						/ 100		
	請求額（円）	1	4	4	7	2	0						
	利用者負担額（円）		1	6	0	8	0						

注：外部サービス利用型である特定施設入居者生活介護を利用した場合には、請求額集計欄の 外部利用型給付上限単位数に外部サービスにかかる要介護状態区分毎の上限単位数、 外部利用型上限管理対象単位数に基本サービスと外部サービスの合計単位数を記載する。

(3) 特定施設入居者生活介護 (様式第六の三) のサービスにて、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護に入所し、訪問看護 2、通所介護 1 2 を 1 5 回ずつ行った場合の記載内容。利用者の要介護状態区分は要介護 2、外部サービスの上限単位数を超過した場合。

給付費明細欄	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		
	外部特定施設生活介護	3	3	1	2	0	1			8	4	3	0			2	5	2	0							
	外部訪問看護 2	3	3	1	5	1	3			7	4	7	1	5	1	1	2	0	5							
	外部通所介護 1 2	3	3	1	7	6	2			3	9	3	1	5			5	8	9	5						
	合計													1	9	6	2	0								

請求額集計欄	区分	保険分						公費分					
	外部利用型給付上限単位数		1	8	7	2	6						
	外部利用型上限管理対象単位数		1	9	6	2	0						
	給付単位数		1	8	7	2	6						
	単位数単価	1	0	0	0	円 / 単位							
	給付率		9	0	/ 100						/ 100		
	請求額（円）	1	6	8	5	3	4						
	利用者負担額（円）		1	8	7	2	6						

注：外部サービス利用型である特定施設入居者生活介護利用時に、請求額集計欄の 外部利用型上限管理対象単位数が 外部利用型給付上限単位数を超過した場合、 給付単位数には低い方の単位数である 外部利用型給付上限単位数を記載する。

5 . 様式第六の五

(1) 認知症対応型共同生活介護 (短期利用) (様式第六の五) のサービスにて、要介護状態区分が要介護 4 の利用者が平成 1 8 年 4 月 2 日より短期利用共同生活介護施設に入居、平成 1 8 年 4 月 1 1 日に同施設を退居後、平成 1 8 年 4 月 2 1 日に再入居し、平成 1 8 年 4 月末時点では入居中の場合の記載内容。

入居年月日	平成	1	8	年		4	月		2	日
退居年月日	平成	1	8	年		4	月	1	1	日
短期利用 実日数									2	0

給 付 費 明 細 欄	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	
	短期共同生活介護 4	3	8	1	2	4	1		9	1	2	2	0	1	8	2	4	0						
	合計													1	8	2	4	0						

請求額集計欄	区分	保険分						公費分					
	計画単位数		1	8	2	4	0						
	限度額管理対象単位数		1	8	2	4	0						
	限度額管理対象外単位数						0						
	給付単位数		1	8	2	4	0						
	単位数単価	1	0	0	0	円 / 単位							
	給付率		9	0	/ 100						/ 100		
	請求額（円）	1	6	4	1	6	0						
	利用者負担額（円）		1	8	2	4	0						

注：認知症対応型共同生活介護 (短期利用) において、同月中に入退居を繰り返した場合、入居年月日は月初日に入居中であれば当該入居の年月日を記載、月初日に入居中でなければ当該月の最初に入居した年月日を記載する。退居年月日は当該月における最初に退居した年月日を記載する。(当該月に退居がなく、月末日に入居中であれば記載を省略する。)

(2) 認知症対応型共同生活介護（短期利用）（様式第六の五）のサービスにて、要介護状態区分が要介護 4 の利用者が平成 1 8 年 5 月 1 日から平成 1 8 年 5 月 3 1 日の間、短期利用共同生活介護施設に入居した場合の記載内容。

入居年月日	平成	1	8	年		5	月		1	日
退居年月日	平成	1	8	年		5	月	3	0	日
短期利用 実日数										3 0

給付費明細欄	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	
	短期共同生活介護 4		3	8	1	2	4	1		9	1	2	3	0	2	7	3	6	0							
	合計												2	7	3	6	0									

請求額集計欄	区分	保険分						公費分					
	計画単位数		2	7	3	6	0						
	限度額管理対象単位数		2	7	3	6	0						
	限度額管理対象外単位数						0						
	給付単位数		2	7	3	6	0						
	単位数単価	1	0	0	0	円 / 単位							
	給付率		9	0	/ 100						/ 100		
	請求額（円）	2	4	6	2	4	0						
利用者負担額（円）		2	7	3	6	0							

注：認知症対応型共同生活介護（短期利用）において、30日を超える利用が行われた場合、30日を超えて入居していた日（本事例では5月31日）については請求することができないため、退居年月日には30日目に退居したのものとして30日目の年月日を記載し、30日分の請求として記載する。

6. 様式第七

(1) 居宅介護支援費(様式第七)のサービスにて、月途中で要介護状態区分が要介護3から要介護2に変更になった場合の記載内容。該当居宅介護支援事業所の介護支援専門員1人当たりの取扱件数が40件未満の場合。

項番	被保険者																		請求計算										
1	被保険者番号 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9										(フリガナ)	リョウシャ								サービスコード	4	3	2	1	1	1			
	公費受給者番号										氏名	利用者																	
	生年月日		1.明治 2.大正 3.昭和								性別	1 男 2.女								単位数			1	0	0	0			
	1 1 年 1 1 月 1 1 日																												
	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		4	月	1	5	日	から	請求金額		1	0	0	0
担当介護支援専門員番号	4	8	9	9	9	9	9	9	9	サービス計画作成依頼届出年月日	平成	1	8	年		3	月	1	0	日	まで	摘要							

注：居宅介護支援費において、月途中で要介護状態区分が変更となった場合、月末時点の要介護状態区分を記載し、サービスコードも月末時点の要介護状態区分に対応するサービスコードで請求を行う。

(2) 居宅介護支援費(様式第七)のサービスにて、介護支援専門員1人当たりの取扱件数が60件以上であり、運営基準減算が2ヶ月以上継続しており、特定事業所集中減算に該当する居宅介護支援事業所が、要介護状態区分が要介護2の利用者に対して指定居宅介護支援を行った場合の記載内容。

項番	被保険者																		請求計算										
1	被保険者番号 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9										(フリガナ)	リョウシャ								サービスコード	4	3	4	1	3	8			
	公費受給者番号										氏名	利用者																	
	生年月日		1.明治 2.大正 3.昭和								性別	1 男 2.女								単位数						0			
	1 1 年 1 1 月 1 1 日																												
	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		4	月		1	日	から	請求金額					
担当介護支援専門員番号	4	8	9	9	9	9	9	9	9	サービス計画作成依頼届出年月日	平成	1	8	年		3	月	1	0	日	まで	摘要							

注：居宅介護支援費において、取扱件数が60件以上で利用者の要介護状態区分が要介護2の場合は400単位の請求となるが、運営基準減算2により100分の50、特定事業所集中減算により200単位減算されるため、該当サービスコードの単位数は0単位での請求となる。

7. 様式第七の二

(1) 介護予防支援費（様式第七の二）のサービスにて、地域包括支援センターが作成した場合の記載内容。

介護予防 支援事業者	事業所 番号	4	8	0	9	9	9	9	9	9	9	所在地	〒	9	9	9	-	9	9	9	9											
	事業所 名称	介護予防支援事業所 （地域包括支援センター）											事業所所在地																			
													連絡先										電話番号 9 9 9 - 9 9 9 - 9 9 9 9									
													単 位 数 単 価										1 0 0 0 （円 / 単位）									

項 番	被保険者																		請求計算															
1	被保険者番号										9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	(フリガナ) 氏 名	リヨウシャ 利用者				サービス コード	4	6	2	1	1	1
	公費受給者番号																																	
	生年月日		1.明治 2.大正 3.昭和																性 別	1. 男 2. 女				単位数				4	0	0				
	1 1 年 1 1 月 1 1 日																																	
	要支援 状態区分		要支援 1 要支援 2										認 定 有効期間		平成	1	8	年		4	月		1	日	から	請求 金額			4	0	0	0		
														平成	1	8	年		9	月	3	0	日	まで										
担 当 介 護 支 援 専 門 員 番 号												サービ ス計 画作 成依 頼 届出 年月 日		平成	1	8	年		4	月		1	日		摘要									

注：介護予防支援費において、地域包括支援センターに介護支援専門員がない場合、担当介護支援専門員番号は記載が不要となる。

(2) 介護予防支援費 (様式第七の二) のサービスにて、居宅介護支援事業所にケアプランの作成を委託している地域包括支援センターが作成した場合の記載内容。

介護予防 支援事業者	事業所 番号	4	8	9	9	9	9	9	9	9	9	所在地	〒	9	9	9	-	9	9	9	9									
	事業所 名称	介護予防支援事業所 (地域包括支援センター)											事業所所在地																	
													連絡先									電話番号 9 9 9 - 9 9 9 - 9 9 9 9								
													単 位 数 単 価									1 0 0 0 (円 / 単位)								

項 番	被保険者															請求計算												
1	被保険者番号 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9										(フリガナ)	リヨウシャ					サービス コード	4	6	2	1	1	2					
	公費受給者番号										氏 名	利用者																
	生年月日		1.明治 2.大正 3.昭和								性 別	1. 男 2. 女					単位数				6	5	0					
	1 1 年 1 1 月 1 1 日																											
	要支援 状態区分		要支援 1 要支援 2								認 定 有効期間	平成	1	8	年		4	月		1	日	から	請求 金額			6	5	0
担当介護 支援専門 員番号										サービス計 画作成依頼 届出年月日	平成	1	8	年		4	月		1	日	まで	摘要						

注：介護予防支援費において、居宅介護支援事業所にケアプランの作成を委託している地域包括支援センターの場合、担当介護支援専門員番号には記載を行わない。なお、居宅介護支援事業所に業務委託している場合においても介護報酬の請求は地域包括支援センターが行う。

8 . 様式第八

(1)平成 1 8 年 4 月 1 日時点で要介護 2 の認定を受けて介護老人福祉施設 A に入所していた者が、4 月 1 0 日に要介護状態が要介護 2 から要支援 2 へと変更となったが、引き続き入所していた。

その後、やむを得ない事情により平成 1 8 年 5 月 1 0 日に退所して、同日に他の地域密着型介護老人福祉施設 B へ入所し、5 月末時点において B に入所中の場合の記載内容。

介護老人福祉施設 A の平成 1 8 年 4 月分の記載内容

要介護 状態区分	要介護 1・2・3・4・5 要支援 2														
認定有効 期間	平成	1	8	年	4	月	1	0	日	から					
	平成	1	8	年	1	0	月	1	0	日	まで				

入所 年月日	平成	1	8	年	2	月	1	日	退所 年月日	平成		年		月		日	入所実日数	3	0	外泊日数			
退所後の状況		1.居宅 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 日数		サービス単位数				公費分 回数等		公費対象単位数				摘要		
	コ型福祉施設 1		5	1	3	1	1	1		6	5	7	2	1	1	3	7	9	7								
	コ型福祉施設 2		5	1	3	1	2	1		7	2	8		9		6	5	5	2								
	合計														2	0	3	4	9								

注：改正法附則第 1 1 条における経過措置により、要支援 1 もしくは要支援 2 の要支援状態区分であるが施設に継続入所している場合については、要介護 1 の介護報酬を請求する。従って、サービス内容、サービスコード及び単位数は認定更新前の期間については当該期間の要介護状態（上記例においては要介護 2 ）のものを記載し、認定更新後の期間については要介護 1 のものを記載する。

要介護状態区分は、サービス提供月の末日時点の要介護状態区分（上記例においては要支援 2 ）を記載する。様式八には要支援の記載が存在しないため、別途余白に四角囲みで補記する。認定有効期間はサービス提供月の末日において被保険者が受けている認定（上記例においては要支援 2 ）の有効期間を記載する。

改正法附則第 1 1 条（要約）

施行日において旧指定介護老人福祉施設等に入所し、又は入院し、施設サービス費の支給を受けていた者であって、施行日以後に要支援認定を受けたものは、施行日から起算して 3 年間に限り、施行日以後引き続き当該旧指定介護老人福祉施設等に入所し、又は入院している間は、新要介護認定を受けた者とみなされる。

介護老人福祉施設Aの平成18年5月分の記載内容

要介護 状態区分	要介護 1・2・3・4・5 要支援 2										
	平成	1	8	年		4	月	1	0	日	から
認定有効 期間	平成	1	8	年	1	0	月	1	0	日	まで

入所 年月日	平成	1	8	年		2	月		1	日	退所 年月日	平成	1	8	年		5	月	1	0	日	入所実日数	1	0	外泊日 数			
退所後の状況		1.居宅 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 日数	サービス単位数				公費分 回数等	公費対象単位数				摘要	
	コ型福祉施設 1		5	1	3	1	1	1	6	5	7	1	0	6	5	7	0					
	合計												6	5	7	0						

注： サービス内容、サービスコード及び単位数は要介護1のものを記載する。要介護状態区分は、サービス提供月の末日時点の要介護状態区分（上記例においては要支援2）を記載する。様式八には要支援の記載が存在しないため、別途余白に四角囲みで補記する。認定有効期間はサービス提供月の末日において被保険者が受けている認定（上記例においては要支援2）の有効期間を記載する。

地域密着型介護老人福祉施設Bの平成18年5月分の記載内容

要介護 状態区分	要介護 1・2・3・4・5										
	要支援 2										
認定有効 期間	平成	1	8	年		4	月	1	0	日	から
	平成	1	8	年	1	0	月	1	0	日	まで

入所 年月日	平成	1	8	年		5	月	1	0	日	退所 年月日	平成			年			月			日	入所実日数	2	2	外泊日数			
退所後の状況		1.居宅 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 日数	サービス単位数					公費分 回数等	公費対象単位数					摘要
	地コ型福祉施設 1	5	4	4	1	1	1		6	5	7	2	2	1	4	4	5	4						
	地福祉施設初期加算	5	4	6	4	0	0			3	0	2	2			6	6	0						
	合計													1	5	1	1	4						

注：指定の取り消しその他やむを得ない理由により経過措置適用時点（平成18年4月1日）に入所していた施設を退所し他の施設へ入所した場合にも、改正法附則第11条の経過措置は継続される。

サービス内容、サービスコード及び単位数は要介護1のものを記載する。

要介護状態区分は、サービス提供月の末日時点の要介護状態区分(上記例においては要支援2)を記載する。

様式八には要支援の記載が存在しないため、別途余白に四角囲みで補記する。認定有効期間はサービス提供月の末日において被保険者が受けている認定（上記例においては要支援2）の有効期間を記載する。

(2)平成12年4月1日以前より介護老人福祉施設に入所していた旧措置入所者が、平成18年4月1日時点で要介護1の認定を受けて介護老人福祉施設に入所していた。その後、5月20日に要支援1へ変更したが、継続入所する場合の5月分の記載内容。

要介護 状態区分	要介護 1・2・3・4・5 要支援 1					旧措置 入所者特例			①. 無 ②. 有		
認定有効 期間	平成	1	8	年		5	月	2	0	日	から
	平成	1	8	年	1	0	月	3	1	日	まで

入所 年月日	平成	1	0	年		2	月		1	日	退所 年月日	平成			年		月		日	入所実日数	3	1	外泊日数			
退所後の状況		1.居宅 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 日数		サービス単位数					公費分 回数等		公費対象単位数					摘要	
	旧措置施設 1		5	1	1	1	6	5	6	3	9	3	1	1	9	8	0	9							1	
	合計												1	9	8	0	9									

請求 額集 計欄	区分	保険分					公費分				
	単位数合計		1	9	8	0	9				
	単位数単価	1	0	▲0	0	円/単位					
	給付率		9	7	/100					/100	
	請求額(円)	1	9	2	1	4	7				
	利用者負担額(円)			5	9	4	3				

特定入所者介護サービス費	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								
	福祉施設食費	5	9	5	1	1	1	1	3	8	0		2	0	0	3	1		4	2	7	8	0		3	6	5	8	0						6	2	0	0	
	福祉施設多床室	5	9	5	1	2	4		3	2	0				0	3	1			9	9	2	0			9	9	2	0							0			
	合計																5	2	7	0	0															6	2	0	0
																	保険分 請求額(円)				4	6	5	0	0	公費分 請求額										公費分本人負担月額			

注：旧措置入所者でかつ改正法附則第11条の経過措置に該当する場合、旧措置入所者用の要介護1の介護報酬を請求する。サービス内容、サービスコード及び単位数は旧措置入所者用の要介護1のものを記載する。要介護状態区分は、サービス提供月の末日時点の要介護状態区分(上記例においては要支援1)を記載する。様式八には要支援の記載が存在しないため、別途余白に四角囲みで補記する。認定有効期間はサービス提供月の末日において被保険者が受けている認定(上記例においては要支援1)の有効期間を記載する。また、旧措置入所者として保険給付率・特定入所者介護サービス費の負担限度額が減免されていた場合、同減免は継続する。

(3) 重度化対応加算を算定している施設に入所している者が、看取り介護を受けた後、平成 1 8 年 8 月 1 日に施設で死亡した場合の、平成 1 8 年 8 月分の記載内容。

入所年月日	平成	1	8	年		2	月		1	日	退所年月日	平成	1	8	年		8	月		1	日	入所実日数		1	外泊日数			
退所後の状況		1.居宅 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 日数	サービス単位数				公費分 回数等	公費対象単位数				摘要					
	小福祉施設 5	5	1	2	1	5	1	1	0	1	0		1		1	0	1	0									
	福祉施設重度化対応加算	5	1	6	0	0	1			1	0		1				1	0									
	福祉施設看取り介護加算	5	1	6	2	7	6		1	6	0	3	0		4	8	0	0									20060801
合計														5	8	2	0										

注：看取り介護加算は、対象者の死亡月にまとめて請求する。
看取り介護加算のサービスコードを記載する場合は、摘要欄に対象者が死亡した日を数字 8 桁で記載する。

(4) 看取り介護を受けており、他の医療機関へ入院のため 4 月 1 0 日に施設を退所。その後、5 月 9 日に入院していた医療機関で死亡した場合の記載内容 (施設退所日の翌日から死亡日までの期間が 3 0 日) 。

平成 1 8 年 4 月分の記載内容。

入所年月日	平成	1	8	年		2	月		1	日	退所年月日	平成	1	8	年		4	月	1	0	日	入所実日数	1	0	外泊日数				
退所後の状況					1.居宅 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 日数		サービス単位数				公費分 回数等		公費対象単位数				摘要	
	福祉施設 5	5	1	1	1	5	1		8	5	9	1	0		8	5	9	0						
	福祉施設重度化対応加算	5	1	6	0	0	1			1	0	1	0			1	0	0						
	合計															8	6	9	0					

注：看取り介護加算は、対象者の死亡月にまとめて請求するため、死亡月ではない月には記載しない。

平成 1 8 年 5 月分の記載内容。

入所年月日	平成	1	8	年	2	月	1	日	退所年月日	平成	1	8	年	4	月	1	0	日	入所実日数	0	外泊日数			
退所後の状況					1.居宅 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 日数	サービス単位数			公費分 回数等	公費対象単位数				摘要		
	福祉施設看取り介護加算			5	1	6	2	7	7			8	0	1			8	0				20060509
	合計															8	0					

注：看取り介護加算は死亡日以前 3 0 日を上限として算定する。ただし、退所した日の翌日から死亡日までの間は算定しないため、上記事例においては 1 日分のみの請求となる。

なお、上記事例において、死亡日が 5 月 1 0 日であった場合は、死亡日以前 3 0 日間が施設退所の翌以降の期間となるため看取り介護加算を請求することはできない。

9 . 様式第九

(1) 1 0 日間入所した後、6 日間試行的退所を行い、その後施設に戻り月末時点において入所中の場合の記載内容。

入所年月日	平成	1	8	年		1	月		1	日	退所年月日	平成		年		月		日	入所実日数	2	5	外泊日数		6																							
主傷病					脳梗塞後遺症										退所後の状況		1.居宅 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 日数		サービス単位数				公費分 回数等		公費対象単位数				摘要																					
	保健施設 2				5	2	1	1	2	1		7	5	1	2	5	1	8	7	7	5																										
	保健施設試行的退所サービス費				5	2	6	3	0	1		8	0	0		6		4	8	0	0																										
合計																	2	3	5	7	5																										
特定入所者介護サービス費	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																
	保健施設食費		5	9	5	2	1	1	1	3	8	0		6	5	0	2	5	3	4	5	0	0		1	8	2	5	0			1	6	2	5	0											
	保健施設従来型個室		5	9	5	2	2	3		1	6	4	0	1	3	1	0	3	1	5	0	8	4	0		1	0	2	3	0			4	0	6	1	0										
	合計																	8	5	3	4	0																									
																	保険分 請求額(円)				2				8	4	8	0	公費分 請求額						公費分本人負担月額												

注：試行的退所サービス費の算定日数は入所実日数に含めず、外泊日数に含めて記載する。

試行的退所サービス費は初日と最終日を除いた日について1月に6日を限度に請求が可能である。

試行的退所サービス費または外泊時費用を請求する場合、居住費用にかかる特定入所者介護サービス費は占有の状況に応じた居室区分にて請求可能であるが、食事費用にかかる特定入所者介護サービス費を請求することはできない。

(2) 1 0 日間入所した後、6 日間外泊を行い施設に戻った。その後、同月に試行的退所を 6 日間行い、そのまま退所した場合の記載内容。

入所 年月日	平成	1	8	年		1	月		1	日	退所 年月日	平成	1	8	年		5	月		2	4	日	入所実日数	1	2	外泊日 数	1	2			
主傷病				脳梗塞後遺症										退所後の 状況		1.居宅 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 日数		サービス単位数				公費分 回数等		公費対象単位数				摘要						
	保健施設 1				5	2	1	3	1	1		7	8	1	1	2		9	3	7	2							1			
	保健施設外泊時費用				5	2	6	3	0	0		4	4	4		6		2	6	6	4										
	保健施設試行的退所サービス費				5	2	6	3	0	1		8	0	0		6		4	8	0	0										
	保健施設退所前後訪問指導加算				5	2	6	5	0	1		4	6	0		1			4	6	0							16			
	合計																1	7	2	9	6										

注：試行的退所サービス費と外泊時費用を連続して算定することはできない。

上記例は以下のとおり外泊と試行的退所を行ったものとなる。

5 月 1 日～ 7 日 施設入所
5 月 8 日 外泊の開始・・・施設サービス費請求（上記例では保健施設 1）
5 月 8 日～ 1 4 日 外泊（6 日間）・・・外泊時費用算定請求
5 月 1 5 日 外泊の終了・・・施設サービス費請求（上記例では保健施設 1）
5 月 1 6 日～ 1 7 日 施設入所
5 月 1 8 日 試行的退所の開始・・・施設サービス費請求（上記例では保健施設 1）
5 月 1 9 日～ 2 4 日 試行的退所・・・試行的退所サービス費請求
5 月 2 4 日 退所

(3)平成18年4月1日以前より要介護1の認定を受けて介護老人保健施設に入所していた者が、平成18年5月1日に要介護状態が要介護1から要支援1へ変更となったが、引き続き入所していた場合の平成18年5月分の記載内容。

要介護 状態区分	要介護1・2・3・4・5 要支援1																											
認定有効 期間	平成	1	8	年		5	月		1	日	から	平成	1	8	年	1	1	月	3	0	日	まで						
	入所 年月日	平成	1	8	年		1	月	1	0	日	退所 年月日	平成			年			月			日	入所実日数	3	1	外泊日数		
退所後の状況		1.居宅 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 日数		サービス単位数					公費分 回数等	公費対象単位数					摘要
	保健施設 1	5	2	1	3	1	1	7	8	1	3	1	2	4	2	1	1							1
	合計												2	4	2	1	1							

注：改正法附則第11条における経過措置により、要支援1もしくは要支援2の要支援状態区分であるが施設に継続入所している場合については、要介護1の介護報酬を請求する。従って、サービス内容、サービスコード及び単位数は認定更新後の期間については要介護1のものを記載する。

要介護状態区分は、サービス提供月の末日時点の要介護状態区分(上記例においては要支援1)を記載する。様式九には要支援の記載が存在しないため、別途余白に四角囲みで補記する。認定定有効期間はサービス提供月の末日において被保険者が受けている認定(上記例においては要支援1)の有効期間を記載する。

改正法附則第11条(要約)

施行日において旧指定介護老人福祉施設等に入所し、又は入院し、施設サービス費の支給を受けていた者であって、施行日以後に要支援認定を受けたものは、施行日から起算して3年間に限り、施行日以後引き続き当該旧指定介護老人福祉施設等に入所し、又は入院している間は、新要介護認定を受けた者とみなされる。

10. 給付管理票（様式第十一）

（1）居宅介護支援事業者が給付管理票を作成する場合の記載内容。

保険者番号										保険者名											
4 8 9 9 9 9										保険者											
被保険者番号										被保険者氏名											
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9										フリガナ ヒサコシヤ 被保険者											
生年月日										性別		要支援・要介護状態区分									
明・大 昭 5 年 1 月 1 日										男 女		要支援 1・2 経過的要介護 5 要介護 1・2・3・4・5									
居宅サービス・介護予防サービス 支給限度基準額										限度額適用期間											
16,580 単位 / 月										平成 18 年 1 月		~		平成 18 年 6 月							

作成区分													
① 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者作成													
居宅介護 / 介護予防 支援事業所番号		4 8 9 9 9 9 9 9 9 9											
担当介護支援専門員番号		4 8 9 9 9 9 9 9											
居宅介護 / 介護予防 支援事業者の事業所 名		□ □ 介護支援事業所											
支援事業者の 事業所所在地及び連 絡先		事業所所在地											
委託 した 場合	委託先の支援事業所 番号												
	介護支援専門員番号												

注：要介護者についての給付管理票は居宅介護支援事業所が作成する。

担当介護支援専門員番号には給付管理を行った介護支援専門員の指定介護支援専門員番号を記載する。

(2) 介護予防支援事業所 (地域包括支援センター) が給付管理票を作成する場合の記載内容。

保険者番号										保険者名											
4 8 9 9 9 9										保険者											
被保険者番号										被保険者氏名											
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9										フリガナ ヒサコシヤ 被保険者											
生年月日										性別		要支援・要介護状態区分									
明・大 昭 5 年 1 月 1 日										男 女		要支援 1・2 経過的要介護・要介護 1・2・3・4・5									
居宅サービス・介護予防サービス 支給限度基準額										限度額適用期間											
4,970 単位 / 月										平成 18 年 6 月		~		平成 18 年 12 月							

作成区分													
1 . 居宅介護支援事業者作成 2 . 被保険者自己作成 ③ . 介護予防支援事業者作成													
居宅介護 / 介護予防 支援事業所番号		4 8 0 9 9 9 9 9 9 9											
担当介護支援専門員番 号													
居宅介護 / 介護予防 支援事業者の事業所 名		〇〇地域包括支援センター											
支援事業者の 事業所所在地及び連 絡先		事業所所在地											
委託 した 場合	委託先の支援事業所 番号												
	介護支援専門員番号												

居宅サービス・介護予防サービス																					
サービス事業者の 事業所名		事業所番号 (県番号 - 事業所番号)								指定 / 基準該当 / 地域密着型 サービス識別		サービス 種類名		サービス 種類コード		給付計画単位数					
予防サービス事業所 A		4	8	1	1	1	1	1	1	1	1	指定・基準該当・ 地域密着		介護予防訪問介護		6	1	1	2	3	4
予防サービス事業所 B		4	8	1	1	1	1	1	1	1	2	指定・基準該当・ 地域密着		介護予防通所介護		6	6	2	8	2	1
												指定・基準該当・ 地域密着									
												指定・基準該当・ 地域密着									
合計																4	0	5	5		

注 : 介護予防支援事業所 (地域包括支援センター) が作成する場合、介護予防支援事業所番号には地域包括支援センターの事業所番号を記載する。

地域包括支援センターでの介護予防支援において介護支援専門員がいない場合には、担当介護支援専門員番号に記載をしない。

(3) 介護予防支援事業所 (地域包括支援センター) が居宅介護支援事業者へケアマネジメント業務を委託した場合の記載内容。

保険者番号										保険者名											
4 8 9 9 9 9										保険者											
被保険者番号										被保険者氏名											
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9										フリガナ ヒサコシヤ 被保険者											
生年月日										性別		要支援・要介護状態区分									
明・大 昭 5 年 1 月 1 日										男 女		要支援 2 経過的要介護・要介護 1・2・3・4・5									
居宅サービス・介護予防サービス 支給限度基準額										限度額適用期間											
4,970 単位 / 月										平成 18 年 6 月		~		平成 18 年 12 月							

作成区分													
1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者作成													
居宅介護 / 介護予防 支援事業所番号		4 8 0 9 9 9 9 9 9 9											
担当介護支援専門員番号													
居宅介護 / 介護予防 支援事業者の事業所名		〇〇地域包括支援センター											
支援事業者の 事業所所在地及び連絡先		事業所所在地											
委託 した 場合	委託先の支援事業所 番号	4 8 8 8 8 8 8 8 8 8											
	介護支援専門員番号	4 8 8 8 8 8 8 8 8 8											

注：介護予防支援事業所 (地域包括支援センター) が介護予防支援を居宅介護支援事業所へ委託した場合、給付管理票は地域包括支援センターが作成する。介護予防支援事業所番号には地域包括支援センターの事業所番号を記載する。

介護支援専門員がいない場合には、担当介護支援専門員番号には何も記載しない。

委託した場合の介護支援専門員番号欄には、委託先居宅介護支援事業所のサービス計画を作成した介護支援専門員の指定介護支援専門員番号を記載する。

(4) 小規模多機能型居宅介護事業所が給付管理票を作成する場合の記載内容。

保険者番号										保険者名									
4 8 9 9 9 9										保険者									
被保険者番号										被保険者氏名									
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9										フリガナ ヒサコシヤ 被保険者									
生年月日					性別					要支援・要介護状態区分									
明・大 昭 11年 11月 11日					男 女					要支援 1・2 経過的要介護 5 要介護 1・2・3・4・5									
居宅サービス・介護予防サービス 支給限度基準額										限度額適用期間									
16,580 単位 / 月										平成 18 年 4 月					~ 平成 18 年 10 月				

作成区分														
1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者作成														
居宅介護 / 介護予防 支援事業所番号					4 8 9 9 9 9 9 9 9 9									
担当介護支援専門員番 号					4 8 9 9 9 9 9 9 9									
居宅介護 / 介護予防 支援事業者の事業所 名					小規模多機能型居宅介護事業所									
支援事業者の 事業所所在地及び連 絡先					事業所所在地									
委託 した 場合					委託先の支援事業所 番号									
					介護支援専門員番号									

居宅サービス・介護予防サービス																		
サービス事業者の 事業所名		事業所番号 (県番号 - 事業所番号)								指定 / 基準該当 / 地域密着型 サービス識別		サービス 種類名		サービス 種類コード		給付計画単位数		
小規模多機能型居宅介護 事業所		4 8 9 9 9 9 9 9 9								指定・基準該当・ 地域密着		小規模多機能型居宅介護		7 3		1 1 4 3 0		
										指定・基準該当・ 地域密着								
										指定・基準該当・ 地域密着								
										指定・基準該当・ 地域密着								
												合計		1 1 4 3 0				

注：月を通じて小規模多機能型居宅介護支援サービスを受給している被保険者の給付管理票は小規模多機能型居宅介護事業所が作成する。

その場合において、居宅介護支援費については小規模多機能型居宅介護支援サービスの報酬に含まれていることから、居宅介護支援介護給付費明細書（様式第七）による居宅支援費の請求を別途行うことはできない。（以上については介護予防小規模多機能型居宅介護に関しても同様の取扱いとなる。）

なお、小規模多機能型居宅介護事業所（介護予防も含む）が給付管理票を作成する場合、居宅介護 / 介護予防支援事業所欄およびサービス事業所欄には同じ小規模多機能型居宅介護事業所番号が記載され、給付管理票情報作成区分コードには、小規模多機能型居宅介護事業所作成の場合は「1：居宅介護支援事業者作成」を、介護予防小規模多機能型居宅介護事業所作成の場合は「3：介護予防支援事業者作成」を記載する。

(5) 経過的要介護者が平成 1 8 年 4 月以降に要介護更新認定を受け、月途中 (1 0 日) に要介護状態区分が経過的要介護から要支援 1 へと変更した場合の記載内容。

保険者番号										保険者名											
4 8 9 9 9 9										保険者											
被保険者番号										被保険者氏名											
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9										フリガナ ヒサコシヤ 被保険者											
生年月日										性別		要支援・要介護状態区分									
明・大 昭 5 年 1 月 1 日										男 女		要支援 1・2 経過的要介護・要介護 1・2・3・4・5									
居宅サービス・介護予防サービス 支給限度基準額										限度額適用期間											
6,150 単位 / 月										平成 18 年 6 月		~		平成 18 年 12 月							

作成区分													
1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者作成													
居宅介護 / 介護予防 支援事業所番号		4 8 0 9 9 9 9 9 9 9											
担当介護支援専門員番号		4 8 9 9 9 9 9 9											
居宅介護 / 介護予防 支援事業者の事業所 名		〇〇地域包括支援センター											
支援事業者の 事業所所在地及び連 絡先		事業所所在地											
委託先 の 番号													
介護支援専門員番号													

居宅サービス・介護予防サービス																			
サービス事業者の 事業所名		事業所番号 (県番号 - 事業所番号)								指定 / 基準該当 / 地域密着型 サービス識別		サービス 種類名		サービス 種類コード		給付計画単位数			
介護サービス事業所 A		4 8 1 1 1 1 1 1 1 1								指定 基準該当・ 地域密着		通所介護		1 5		1 0 5 8			
予防サービス事業所 B		4 8 1 1 1 1 1 1 1 2								指定 基準該当・ 地域密着		介護予防通所介護		6 5		2 9 2			
										指定・基準該当・ 地域密着									
										指定・基準該当・ 地域密着									
合計														1 3 5 0					

注：月途中に要介護状態が経過的要介護から要支援 1 に変更となった場合、給付管理票は月末時点の支援事業所が作成する。上記事例においては、介護予防支援事業所 (地域包括支援センター) が作成する。上記事例のように、月の途中で要介護状態・要支援状態をまたがる変更があった場合、介護予防支援事業者が経過的要介護から要介護 5 の要介護状態区分の記載を行う場合があるので留意すること。要介護状態区分及び支給限度基準額には、月を通じて重い方の要介護状態区分及び支給限度基準額を記載する (上記事例においては、経過的要介護が要支援 1 より重い方の要介護状態区分となる) 。なお、月額報酬のサービスについて、要介護認定区分の変更 (要介護状態・要支援状態をまたがる認定区分の変更を含む。) が行われた場合などについては、月単位の単位数ではなく、日割りの単位数での計画単位数を記載する。

(6) 経過的要介護者が平成 1 8 年 4 月以降に要介護更新認定を受け、月途中に (1 0 日) に要介護状態区分が経過的要介護から要支援 2 へと変更した場合の記載内容。

保険者番号										保険者名											
4 8 9 9 9 9										保険者											
被保険者番号										被保険者氏名											
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9										フリガナ ヒサコシヤ 被保険者											
生年月日										性別		要支援・要介護状態区分									
明・大 昭 5 年 1 月 1 日										男 女		要支援 1 2 経過的要介護・要介護 1・2・3・4・5									
居宅サービス・介護予防サービス 支給限度基準額										限度額適用期間											
10,400 単位 / 月										平成 18 年 6 月		~		平成 18 年 12 月							

作成区分													
1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者作成													
居宅介護 / 介護予防 支援事業所番号		4 8 0 9 9 9 9 9 9 9 9											
担当介護支援専門員番号		4 8 9 9 9 9 9 9 9											
居宅介護 / 介護予防 支援事業者の事業所 名		〇〇地域包括支援センター											
支援事業者の 事業所所在地及び連 絡先		事業所所在地											
委託 した 場合	委託先の支援事業所 番号												
	介護支援専門員番号												

居宅サービス・介護予防サービス																			
サービス事業者の 事業所名	事業所番号 (県番号 - 事業所番号)										指定 / 基準該当 / 地域密着型 サービス識別	サービス 種類名	サービス 種類コード	給付計画単位数					
介護サービス事業所 A	4	8	1	1	1	1	1	1	1	1	指定・基準該当・ 地域密着	通所介護	1	5		1	0	5	8
予防サービス事業所 B	4	8	1	1	1	1	1	1	1	2	指定・基準該当・ 地域密着	介護予防通所介護	6	5			2	9	2
											指定・基準該当・ 地域密着								
											指定・基準該当・ 地域密着								
合計																1	3	5	0

注：月途中に要介護状態が経過的要介護から要支援 2 に変更となった場合、給付管理票は月末時点の支援事業所が作成する。上記事例においては、介護予防支援事業所（地域包括支援センター）が作成する。

要介護状態区分及び支給限度基準額には、月を通じて重い方の要介護状態区分及び支給限度基準額を記載する（上記事例においては、要支援 2 が経過的要介護より重い方の要介護状態区分となる）。

なお、月額報酬のサービスについて、要介護認定区分の変更（要介護状態・要支援状態をまたがる認定区分の変更を含む。）が行われた場合などについては、月単位の単位数ではなく、日割りの単位数での計画単位数を記載する。

(7)訪問介護サービスを受けていた被保険者が月の途中から小規模多機能型居宅介護サービスの利用を開始した場合の記載内容。

保険者番号										保険者名											
4 8 9 9 9 9										保険者											
被保険者番号										被保険者氏名											
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9										フリガナ ヒサコソヤ 被保険者											
生年月日										性別		要支援・要介護状態区分									
明・大 昭 11年 11月 11日										男 女		要支援 1・2 経過的要介護 5 要介護 1・2・3・4・5									
居宅サービス・介護予防サービス 支給限度基準額										限度額適用期間											
16,580 単位 / 月										平成 18年 4月		~		平成 18年 10月							

作成区分													
1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者作成													
居宅介護 / 介護予防 支援事業所番号		4 8 9 9 9 9 9 9 9 9											
担当介護支援専門員番号		4 8 9 9 9 9 9 9											
居宅介護 / 介護予防 支援事業者の事業所 名		居宅介護支援事業所											
支援事業者の 事業所所在地及び連 絡先		事業所所在地											
委託 した 場合		委託先の支援事業所 番号 介護支援専門員番号											

居宅サービス・介護予防サービス																			
サービス事業者の 事業所名		事業所番号 (県番号 - 事業所番号)								指定 / 基準該当 / 地域密着型 サービス識別		サービス 種類名		サービス 種類コード		給付計画単位数			
訪問介護事業所		4 8 7 1 1 1 1 1 1 1								指定 基準該当・ 地域密着		訪問介護		1 1		3 4 6 5			
小規模多機能型居宅介護 事業所		4 8 9 2 2 2 2 2 2 2								指定 基準該当・ 地域密着		小規模多機能型居宅介護		7 3		5 6 4 0			
										指定 基準該当・ 地域密着									
										指定 基準該当・ 地域密着									
合計														9 1 0 5					

注：訪問介護サービスを利用していた被保険者が月の途中から小規模多機能型居宅介護支援サービスの利用を開始するなど、月の一部の期間において利用者が小規模多機能型居宅介護を利用し、かつ当該期間を除いて居宅介護支援を受けた場合には、月末時点の事業所ではなく、居宅介護支援事業所が小規模多機能型居宅介護サービスを含めた給付管理票を作成する。

その場合において、居宅介護支援費についても居宅介護支援事業所が居宅介護支援介護給付費明細書（様式第七）による請求を行うこととなる。（以上については介護予防小規模多機能型居宅介護と介護予防支援に関しても同様の取扱いとなる。）

○月額包括報酬の日割り請求にかかる適用については以下のとおり＜対象事由と起算日＞

月額報酬対象サービス	事由		起算日
介護予防訪問介護 介護予防通所介護 介護予防通所リハ （介護予防特定施設入居者生活介護における外部サービス利用型を含む）	開始	・区分変更（要支援 要支援 ）	変更日
		・区分変更（要介護→要支援） ・サービス事業所の変更（同一保険者内のみ） ・事業所指定効力停止の解除	契約日
	終了	・区分変更（要支援 要支援 ）	変更日
		・区分変更（要支援→要介護） ・サービス事業所の変更（同一保険者内のみ） ・事業所指定有効期間満了 ・事業所指定効力停止の開始	契約解除日 （満了日） （開始日）
小規模多機能型居宅介護 介護予防小規模多機能型居宅介護	開始	・区分変更（経過的要介護～要介護５の間、要支援 要支援 ）	変更日
		・区分変更（要介護 要支援） ・サービス事業所の変更 ・事業開始（指定有効期間開始） ・事業所指定効力停止の解除 ・受給資格取得 ・転入 ・利用者の登録開始（前月以前から継続している場合を除く）	サービス提供日（通い、訪問又は宿泊）
	終了	・区分変更（経過的要介護～要介護５の間、要支援 要支援 ）	変更日
		・区分変更（要介護 要支援） ・サービス事業所の変更 ・事業廃止（指定有効期間満了） ・事業所指定効力停止の開始 ・受給資格喪失 ・転出 ・利用者との契約解除	契約解除日 （廃止・満了日） （開始日） （喪失日） （転出日）
夜間対応型訪問介護	開始	・サービス事業所の変更（同一保険者内のみ） ・事業所指定効力停止の解除	契約日
	終了	・サービス事業所の変更（同一保険者内のみ） ・事業所指定有効期間満了 ・事業所指定効力停止の開始	契約解除日 （満了日） （開始日）

引き続き月途中からの開始事由がある場合についてはその前日となる。

○加算（月額）部分に対する日割り計算は行わない。

○公費の適用期間は、公費適用の有効期間の開始日から終了日までが算定対象となる。

平成 17 年 10 月制度改正にかかる請求明細書の記載例について

1. 特定入所者介護サービス費

(1) 短期入所生活介護（様式第3）のサービスにて、ユニット型個室に10日間滞在後、ユニット型準個室に15日間滞在。

要介護状態は要介護3、利用者負担第3段階の認定を受けている場合の記載内容。

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
単コ短期生活 3	2 1 1 4 3 1	8 0 0	1 0	8 0 0 0			
単コ短期生活 3	2 1 1 4 3 5	8 0 0	1 5	1 2 0 0 0			
合計				2 0 0 0 0			

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
短期生活食費	5 9 2 1 1 1	1 3 8 0	6 5 0	2 5	3 4 5 0 0	1 8 2 5 0			1 6 2 5 0
短期生活ユニット型個室	5 9 2 1 2 1	1 9 7 0	1 6 4 0	1 0	1 9 7 0 0	3 3 0 0			1 6 4 0 0
短期生活ユニット型準個室	5 9 2 1 2 2	1 6 4 0	1 3 1 0	1 5	2 4 6 0 0	4 9 5 0			1 9 6 5 0
合計					7 8 8 0 0				5 2 3 0 0
					保険分 請求額(円)	2 6 5 0 0	公費分 請求額		公費分本人負担月額

(2) 短期入所療養介護（様式第4）のサービスにて、平成17年9月30日から従来型個室に入所しており、10月11日より多床室に移動し、10月15日に退所。

要介護状態は要支援、利用者負担第1段階の認定を受けている場合の10月サービス分の記載内容。

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
老健短期 支	2 2 1 3 0 1	7 9 7	1 5	1 1 9 5 5			2
合計				1 1 9 5 5			

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
短期老健食費	5 9 2 2 1 1	1 3 8 0	3 0 0	1 5	2 0 7 0 0	1 6 2 0 0			4 5 0 0
短期老健多床室	5 9 2 2 2 4	3 2 0	0	1 5	4 8 0 0	4 8 0 0			0
合計					2 5 5 0 0				4 5 0 0
					保険分 請求額(円)	2 1 0 0 0	公費分 請求額		公費分本人負担月額

注：平成17年9月30日～10月10日は従来型個室に入所しているが、制度改正前からの入所であり、特別な室料の徴収を行っていないことから、経過措置にてその間の本体報酬・特定入所者介護サービス費は、ともに多床室扱いとなる。

また、多床室のサービスコードを記載する場合は、摘要欄にその適用理由を記載する。適用理由が途中で変更となった場合は、月初の適用理由を記載する。摘要欄に記載する適用理由は以下のとおり。

1→多床室入所、2→制度改正前入所による経過措置、3→感染症等により医師が必要と判断された従来型個室への入所者（30日以内のもの）、4→居住面積が一定以下、5→著しい精神症状等により医師が必要と判断した従来型個室への入所者

(3) 短期入所療養介護（様式第5）のサービスにて、ユニット型病院療養型・夜間勤務等看護（ ）の体制

の事業所へ、月初より 29 日間ユニット型個室に入所。

要介護状態は要介護 5、利用者負担第 1 段階の認定を受けている場合の記載内容。

給付費明細欄	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
	ユ型病院療養短期 5・夜勤	2 3 2 5 5 2	1 2 8 3	2 9	3 7 2 0 7			
	合計				3 7 2 0 7			

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
	計画単位数	3 5 8 3 0			
	限度額管理対象単位数	3 7 2 0 7			
	限度額管理対象外単位数				
	給付単位数	3 5 8 3 0			
	単位数単価	1 0 0 0 円 / 単位		10 円 / 単位	10 円 / 単位
	給付率	9 0 / 100		/ 100	/ 100
	請求額 (円)	3 2 2 4 7 0			
	利用者負担額 (円)	3 5 8 3 0			

特定入所者介護サービス費等	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
	短期療養食費	5 9 2 3 1 1	1 3 8 0	3 0 0	2 8	3 8 6 4 0	3 0 2 4 0			8 4 0 0
	短期療養ユニット型個室	5 9 2 3 2 1	1 9 7 0	8 2 0	2 8	5 5 1 6 0	3 2 2 0 0			2 2 9 6 0
	合計					9 3 8 0 0				3 1 3 6 0
						保険分 請求額(円)	6 2 4 4 0	公費分 請求額		公費分本人負担月額

注：短期入所サービスを、支給限度額を超えて利用する場合、特定入所者介護サービス費は、本体報酬が保険給付される日数以下の日数分しか給付されない。

(4) 短期入所生活 (様式第 3) のサービスにて、多床室に月初より 31 日間入所。

要介護状態は要介護 3、利用者負担第 3 段階の認定を受けている場合の記載内容。

居宅サービス計画	☐ 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 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 事業所名称 居宅介護支援事業所	入所年月日 平成 1 7 年 1 0 月 1 日 退所年月日 平成 1 7 年 1 0 月 3 0 日 短期入所 実日数 3 0
----------	--	--

給付費明細欄	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
	併設短期生活 3	2 1 2 1 3 5	8 3 0	3 0	2 4 9 0 0			1
	合計				2 4 9 0 0			

特定入所者介護サービス費等	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
	短期生活食費	5 9 2 1 1 1	1 3 8 0	6 5 0	3 0	4 1 4 0 0	2 1 9 0 0			1 9 5 0 0
	合計					4 1 4 0 0				1 9 5 0 0
						保険分 請求額(円)	2 1 9 0 0	公費分 請求額		公費分本人負担月額

注：連続 30 日を超えて短期入所サービスを利用する場合、短期入所介護サービス費は 31 日目から算定できない取り扱いであるが、特定入所者介護サービス費についても同様に 31 日目から算定できないこととなる。

また、上記事例において、多床室の居住費に係る特定入所者介護サービス費は、保険請求額がなく全額利用者負担であるため、同内容の請求明細書への記載を行わない。（利用者負担第２段階の利用者についても同様）

（上記例において、多床室の居住費にかかる特定入所者介護サービス費を、実態にあわせて記載を行うと以下のとおりとなる）

特定入所者介護サービス費等	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					
	短期生活食費	5	9	2	1	1	1	1	3	8	0	6	5	0	3	0	4	1	4	0	0	2	1	9	0			0	1	9	5	0	0
	短期生活多床室	5	9	2	1	2	4		3	2	0	3	2	0	3	0		9	6	0	0				0				9	6	0	0	
	合計																5	1	0	0	0							2	9	1	0	0	
																保険分 請求額(円)						2	1	9	0	0	公費分 請求額	公費分本人負担月額					

(5) 短期入所生活 (様式第 3) のサービスにて、多床室に月初より 2 回入所。

要介護状態は要介護 3、利用者負担第 3 段階の認定を受けている場合の記載内容。

< 滞在日及び食事の状況 >

	入所日	食事の状況
1 回目 (5 日間)	1 日	夕
	2 日	朝・昼・夕
	3 日	朝・昼・夕
	4 日	朝・昼・夕
	5 日	朝・昼
2 回目 (4 日間)	1 5 日	夕
	1 6 日	朝・昼・夕
	1 7 日	朝・昼・夕
	1 8 日	朝・昼

< 食事に係る契約額 >

朝食	3 5 0 円
昼食	4 3 0 円
夕食	6 0 0 円

居宅 サービス 計画	☒ 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 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
	事業所名称 居宅介護支援事業所

入所年月日	平成	1	7	年	1	0	月		1	日
退所年月日	平成	1	7	年	1	0	月		5	日
短期入所 実日数										9

給付 費用明細欄	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
	併設短期生活 3	2 1 2 1 3 5	8 3 0	9	7 4 7 0			1
	合計				7 4 7 0			

特定入所者介護サービス費等	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
	短期生活食費	5 9 2 1 1 1	1 3 8 0	6 5 0	5	6 9 0 0	3 6 5 0			3 2 5 0
	短期生活食費	5 9 2 1 1 1	7 8 0	6 5 0	2	1 5 6 0	2 6 0			1 3 0 0
	合計					8 4 6 0				4 5 5 0
						保険分 請求額(円)	3 9 1 0	公費分 請求額		公費分本人負担月額

注：短期入所における食費に係る特定入所者介護サービス費については、喫食状況に応じて、その額が負担限度額を超え、基準費用額以内である場合に、その差額に日数を乗じた額を保険分に記載する。
また、上記事例において、多床室の居住費に係る特定入所者介護サービス費と、費用単価が負担限度額以下である食費に係る特定入所者介護サービス費は、保険請求額・公費請求額がなく全額利用者負担であるため、同内容の請求明細書への記載は行わない。(利用者負担第 3 段階の利用者についても同様)

(上記例において、多床室の居住費及び費用単価が負担限度額以下の食費にかかる特定入所者介護サービス費を、実態にあわせて記載を行うと以下のとおりとなる)

特定入所者介護サービス費等	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
	短期生活食費	5 9 2 1 1 1	1 3 8 0	6 5 0	5	6 9 0 0	3 6 5 0			3 2 5 0
	短期生活食費	5 9 2 1 1 1	7 8 0	6 5 0	2	1 5 6 0	2 6 0			1 3 0 0
	短期生活食費	5 9 2 1 1 1	6 0 0	6 5 0	2	1 2 0 0				1 2 0 0
	短期生活多床室	5 9 2 1 2 4	3 2 0	3 2 0	9	2 8 8 0				2 8 8 0
	合計					1 2 5 4 0				8 6 3 0
						保険分 請求額(円)	3 9 1 0	公費分 請求額		公費分本人負担月額

(6) 介護老人福祉施設 (様式第 8) のサービスにて、多床室に 20 日間入所後、外泊を 3 日間行い (外泊期間は多床室の占有を確保) その後施設に戻り従来型個室に入所し、月末時点において入所中。
要介護状態は要介護 4、利用者負担第 2 段階の認定を受けている場合の記載内容。

入所年月日	平成	1	7	年	1	0	月		1	日	退所年月日	平成			年			月		日	入所実日数	2	8	外泊日数		3	
退所後の状況							1. 居宅 2. 介護保険施設 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他																				

給付費明細欄	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	
	福祉施設 4		5	1	1	1	4	5		8	7	1	2	0	1	7	4	2	0							1
	福祉施設 4		5	1	1	1	4	1		7	8	9		8		6	3	1	2							
	福祉施設外泊時費用		5	1	6	3	0	0		3	2	0		3			9	6	0							
	合計												2	4	6	9	2									

特定入所者介護サービス費	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															
	福祉施設食費		5	9	5	1	1	1	1	3	8	0		3	9	0	2	8		3	8	6	4	0		2	7	7	2	0						1	0	9	2	0									
	福祉施設従来型個室		5	9	5	1	2	3	1	1	5	0		4	2	0		8			9	2	0	0			5	8	4	0						3	3	6	0										
合計																			4	7	8	4	0																						1	4	2	8	0
																		保険分 請求額(円)					3					3	5	6	0	公費分 請求額							公費分本人負担月額										

注：施設において外泊時費用を算定する場合、特定入所者介護サービス費は、占有の状況に応じた居室区分にて算定可能である。(上記例において、外泊前に利用者所有物を従来型個室へ移動させた場合、多床室にかかる特定入所者介護サービス費の算定は 20 日分、従来型個室にかかる特定入所者介護サービス費の算定は 11 日分となる)
また、外泊時には、食事費用にかかる特定入所者介護サービス費は算定できない。
なお、上記例において、多床室に係る特定入所者介護サービス費は、全額利用者負担で保険請求額が 0 であるため、記載を行わない。

(7) 介護老人保健施設 (様式第 9) のサービスにて、平成 17 年 10 月 1 日から従来型個室に 20 日間入所。

要介護状態は要介護 4、特定入所者介護サービス費の支給については、市町村民税課税層の特例減額措置の適用により、食費につき利用者負担第 3 段階の認定を受けている場合の記載内容。

給付費明細欄	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	
	保健施設 4				5	2	1	1	4	1		8	5	8	2	0	1	7	1	6	0									
	合計														1	7	1	6	0											

特定入所者介護サービス費	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									
	保健施設食費		5	9	5	2	1	1	1	3	8	0		6	5	0	2	0		2	7	6	0	0		1	4	6	0	0						1	3	0	0	0						
	合計															2	7	6	0	0																							1	3	0	0
														保険分 請求額(円)							1	4	6	0	0	公費分 請求額										公費分本人負担月額										

注：市町村民税課税層の特例減額措置においては、食費若しくは居住費又はその両方の負担限度額の認定が行われるが、食費又は居住費の一方のみの認定が行われた場合は、上記のとおり認定が行われた食費又は居住費のみを請求明細書に記載し、全額自己負担である居住費又は食費は請求明細書に記載しない。

(8) 介護療養型医療施設 (様式第 10) のサービスにて、平成 17 年 10 月 1 日から従来型個室に 31 日間 (1 ヶ月間) 入所。

要介護状態は要介護 3、特定入所者介護サービス費の支給については、利用者負担第 3 段階の認定を受けているが、同認定が月途中で (22 日目から) 終了した場合の記載内容。

給付費明細欄	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	
	療養型施設 3				5	3	2	2	3	1	1	0	1	9	3	1	3	1	5	8	9										
	合計														3	1	5	8	9												

特定入所者介護サービス費	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						
	療養施設食費				5	9	5	3	1	1	1	3	8	0		6	5	0	2	1		2	8	9	8	0		1	5	3	3	0						1	3	6	5	0
	療養施設従来型個室				5	9	5	3	2	3	1	6	4	0	1	3	1	0	2	1		3	4	4	4	0			6	9	3	0						2	7	5	1	0
	合計															6	3	4	2	0																4	1	1	6	0		
														保険分 請求額(円)										2	2	2	6	0	公費分 請求額							公費分本人負担月額						

注：特定入所者介護サービス費にかかる利用者負担段階の認定が月途中で終了した場合には、請求明細書の特定入所者介護サービス費欄には給付の対象となった日数分 (上記例では 21 日分) のみ記載する。

(9) 介護老人福祉施設 (様式第 8) のサービスにて、ユニット型準個室に 20 日間入所。

要介護状態は要介護 4 の旧措置入所者で、特定入所者介護サービス費の支給については、食費・居住費の負担限度額とともに 0 円である場合の特定入所者介護サービス費欄の記載内容

特定入所者介護サービス費	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							
	福祉施設食費	5	9	5	1	1	1	1	3	8	0				0	2	0		2	7	6	0	0		2	7	6	0	0								0				
	福祉施設ユニット型準個室	5	9	5	1	2	2	1	6	4	0				0	2	0		3	2	8	0	0		3	2	8	0	0							0					
	合計																		6	0	4	0	0																		
																	保険分 請求額(円)							6	0	4	0	0	公費分 請求額						公費分本人負担月額						

注：旧措置入所者においては、特定入所者介護サービス費にかかる負担限度額が、ユニット型個室を除いて 0 円という認定があり得、その場合の請求明細書の記載内容は上記のとおりとなる。

(1 0) 介護老人保健施設 (様式第 9) のサービスにて、平成 17 年 10 月 1 日から従来型個室に 20 日間入所。

要介護状態は要介護 3、特定入所者介護サービス費の支給については、利用者負担第 1 段階の認定を受けているが、事業者が負担限度額の一部のみを利用者から徴収した場合（食費にかかる利用者からの徴収額：200 円、居住費にかかる利用者からの徴収額：400 円）の特定入所者介護サービス費欄の記載内容

特定入所者介護サービス費	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											
	保健施設食費				5	9	5	2	1	1	1	3	8	0		3	0	0	2	0		2	5	6	0	0	0		2	1	6	0	0							4	0	0	0					
	保健施設従来型個室				5	9	5	2	2	3	1	6	4	0		4	9	0	2	0		3	1	0	0	0		2	3	0	0	0								8	0	0	0					
合計																			5	6	6	0	0																				1	2	0	0	0	
																		保険分請求額(円)							4	4	6	0	0	公費分請求額													公費分本人負担月額					

注：負担限度額の一部のみを徴収した場合の記載内容は以下のとおりとなる。

負担限度額欄・・・介護保険負担限度額認定証記載の日額を記載、利用者負担額欄・・・現に利用者から徴収した額、保険分欄・・・（費用単価 - 負担限度額）× 日数により求められる額、費用額欄・・・保険分欄と利用者負担額欄を合計した額

(1 1)介護老人保健施設(様式第9)のサービスにて、平成17年10月1日から従来型個室に20日間入所。

利用者は生活保護併用受給者で、要介護状態は要介護4である場合の記載内容

給付費明細欄	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				
	保健施設 4				5	2	1	1	4	1		8	5	8	2	0	1	7	1	6	0	2	0	1	7	1	6	0		
	合計														1	7	1	6	0			1	7	1	6	0				

請求額集計欄	区分		保険分						公費分						保険分特定治療				公費分特定治療										
	点数・単位数合計			1	7	1	6	0		1	7	1	6	0															
	点数・単位数単価		1	0	0	0	円 / 単位								10 円 / 点				10 円 / 点										
	給付率			9	0	/ 100			1	0	0	/ 100					/ 100					/ 100							
	請求額（円）		1	5	4	4	0		1	7	1	6	0																
	利用者負担額（円）							0					0																

特定入所者介護サービス費	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												
	保健施設食費		5	9	5	2	1	1	1	3	8	0		3	0	0	2	0	2	7	6	0	0	2	1	6	0	0	2	0		6	0	0	0					0
	保健施設従来型個室		5	9	5	2	2	3	1	6	4	0		4	9	0	2	0	3	2	8	0	0	2	3	0	0	0		0				0		9	8	0	0	
	合計																6	0	4	0	0								6	0	0	0			9	8	0	0		
															保険分 請求額(円)						4	4	6	0	0	公費分 請求額				6	0	0	0	公費分本人負担月額						
																												0												

注：被保護者は、介護保険施設において、原則多床室に入所することとなっているが、例外的に福祉事務所に認められ多床室以外の居室に入所する場合で、かつ被保険者である被保護者の場合は、費用単価と負担限度額の差額を保険請求額として、また福祉事務所より施設に支給される負担限度額に相当する額を利用者負担額として、請求明細書に記載する。(被保険者ではない被保護者の場合は、費用単価に相当する額が福祉事務所より支給されるため、請求明細書への記載を行わない。)

(1 2)介護老人保健施設(様式第9)のサービスにて、多床室に30日間(1ヶ月間)入所。

利用者は生活保護併用受給者で、要介護状態は要介護3であり、福祉事務所発行の介護券により本人支払額が16,000円である場合の記載内容

給付費明細欄	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				
	保健施設 3				5	2	1	3	3	1		9	0	3	3	0	2	7	0	9	0	3	0	2	7	0	9	0	1
	合計														2	7	0	9	0			2	7	0	9	0			

請求額集計欄	区分				保険分				公費分				保険分特定治療				公費分特定治療												
	点数・単位数合計					2	7	0	9	0		2	7	0	9	0													
	点数・単位数単価				1	0	0	0	円 / 単位						10 円 / 点				10 円 / 点										
	給付率					9	0	/ 100		1	0	0	/ 100					/ 100					/ 100						
	請求額（円）				2	4	3	8	1	0		1	2	0	9	0													
	利用者負担額（円）									0		1	5	0	0	0													

特定入所者介護サービス費	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						
	保健施設食費		5	9	5	2	1	1	1	3	8	0		3	0	0	3	0		4	1	4	0	0		3	2	4	0	0	3	0					0
	保健施設多床室		5	9	5	2	2	4		3	2	0				0	3	0			9	6	0	0			9	6	0	0		0				0	
	合計																	5	1	0	0	0							9	0	0	0					0
																	保険分 請求額(円)					4	2	0	0	0	公費分 請求額				8	0	0	0	公費分本人負担月額 1 0 0 0		

注：被保険者である被保護者にかかる介護券による本人支払額は、15,000 円までを本体報酬にかかる公費本人負担額に充当し、残額がある場合にはその額を特定入所者介護サービス費における公費本人負担額に充当する。

（ 1 3 ）介護老人保健施設（様式第 9）のサービスにて、多床室に 30 日間（1 ヶ月間）入所。

利用者は生活保護単独受給者で、要介護状態は要介護 3 であり、福祉事務所発行の介護券により本人支払額が 16,000 円である場合の記載内容

給付 費明細 欄	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	
	保健施設 3		5	2	1	3	3	1		9	0	3	3	0	2	7	0	9	0	3	0	2	7	0	9	0	1
	合計												2	7	0	9	0			2	7	0	9	0			

請求額集計欄	区分		保険分						公費分						保険分特定治療						公費分特定治療					
	点数・単位数合計			2	7	0	9	0		2	7	0	9	0												
	点数・単位数単価		1	0	0	0	円 / 単位								10 円 / 点						10 円 / 点					
	給付率				0	/ 100		1	0	0	/ 100						/ 100						/ 100			
	請求額（円）							0	2	5	4	9	0	0												
	利用者負担額（円）							0		1	6	0	0	0												

特定入所者介護サービス費	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				
	保健施設食費				5	9	5	2	1	1	1	3	8	0				3	0		4	1	4	0	0			3	0		4	1	4	0	0				0		
	保健施設多床室				5	9	5	2	2	4		3	2	0				3	0			9	6	0	0			3	0			9	6	0	0				0		
	合計																		5	1	0	0	0								5	1	0	0	0					0	
																	保険分 請求額(円)										公費分 請求額		5						1	0	0	0	公費分本人負担月額		

注：生活保護単独受給者においては、介護保険施設の特定入所者介護サービス費は、全額公費負担となる。
（ただし、居住費にかかる特定入所者介護サービス費は、居室区分が多床室の費用のみ対象となる。）

(1 4) 介護療養型医療施設 (様式第 10) のサービスにて、多床室に 30 日間 (1 ヶ月間) 入所。

利用者が特定疾患・生活保護の公費受給者である場合の記載内容

公費負担者番号	5	1	4	8	0	0	0	1	平成	1	7	年	1	1	月分
公費受給者番号	1	0	0	0	0	0	1	保険者番号	4	8	0	0	1	2	

給付費明細欄	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
	療養型施設 3	5 3 2 2 7 1	1 1 5 0	3 0	3 4 5 0 0	3 0	3 4 5 0 0	1
	療養型施設栄養士配置加算	5 3 2 7 7 2	1 0	3 0	3 0 0	3 0	3 0 0	
	合計				3 4 8 0 0		3 4 8 0 0	

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
	単位数合計	3 4 8 0 0	3 4 8 0 0		
	単位数単価	1 0 0 0 円 / 単位		10 円 / 単位	10 円 / 単位
	給付率	9 0 / 100	1 0 0 / 100	/ 100	/ 100
	請求額 (円)	3 1 3 2 0 0	3 4 8 0 0		
	利用者負担額 (円)	0	0		

特定入所者介護サービス費	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

2 枚 中 1 枚 目

公費負担者番号	1	2	4	8	0	0	0	1	平成	1	7	年	1	1	月分
公費受給者番号	1	0	0	0	0	0	2	保険者番号	4	8	0	0	1	2	

給付費明細欄	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
	合計							

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
	単位数合計				
	単位数単価			0 円 / 単位	10 円 / 単位
	給付率	/ 10		/ 100	/ 100
	請求額 (円)				
	利用者負担額 (円)				

特定入所者介護サービス費	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
	療養施設食費	5 9 5 3 1 1	1 3 8 0	3 0 0	3 0	4 1 4 0 0	3 2 4 0 0	3 0	9 0 0 0	0
	療養施設多床室	5 9 5 3 2 4	3 2 0	0	3 0	9 6 0 0	9 6 0 0	0	0	0
	合計					5 1 0 0 0			9 0 0 0	0
						保険分 請求額(円)	4 2 0 0 0	公費分 請求額	9 0 0 0	公費分本人負担月額

2 枚 中 2 枚 目

注：特定入所者介護サービス費の公費負担（生活保護のみ公費負担あり）が、第一公費では発生せず、第二公費以降で発生する場合、特定入所者介護サービス費欄の記載は、請求明細書様式の二枚目以降の生活保護記載の頁に記載を行う。

２．栄養管理の評価

（１）介護老人保健施設（様式第９）のサービスにて、月途中に管理栄養士配置から栄養士配置へ体制の変更が発生した場合の記載内容。

給付費明細欄	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
	保健施設 5	5 2 1 3 5 1	1 0 1 0	3 0	3 0 3 0 0			1
	保健施設管理栄養士加算	5 2 6 2 7 1		1 2	2 0			
	保健施設栄養士加算	5 2 6 2 7 2		1 0	1 0			
	合計				3 0 6 4 0			

注：月途中に栄養管理体制の変更が発生した場合は、管理栄養士・栄養士の配置日数に応じ加算を請求する。

なお、同変更については、介護給付費算定に係る体制等状況一覧表にて変更の旨を速やかに都道府県庁に届出を行う必要がある。

（２）介護老人福祉施設（様式第８）のサービスにて、栄養士が配置されており、経管摂取の利用者ごとに経口移行計画を作成し栄養管理を行っている場合の記載内容。

給付費明細欄	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
	福祉施設 4	5 1 1 1 4 1	7 8 9	3 0	2 3 6 7 0			
	福祉施設栄養士配置加算	5 1 6 2 7 2	1 0	3 0	3 0 0			
	福祉施設経口移行加算	5 1 6 2 7 4	2 8	3 0	8 4 0			
	合計				2 4 8 1 0			

注：介護保険施設における経口移行加算は、体制として管理栄養士配置もしくは栄養士配置のいずれかの状況にて算定可能である。ただし、療養食加算との併用算定はできない。

（３）介護療養型医療施設（様式第１０）のサービスにて、栄養マネジメント加算を算定できる体制にあり、かつ療養食加算を算定できる体制にある場合の記載内容。

給付費明細欄	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
	療養型施設 5	5 3 2 2 5 1	1 2 1 1	3 0	3 6 3 3 0			
	療養型施設管理栄養士配置加算	5 3 2 7 7 1	1 2	3 0	3 6 0			
	療養型施設栄養マネジメント加算	5 3 2 7 7 3	1 2	3 0	3 6 0			
	療養型施設療養食加算	5 3 2 7 7 5	2 3	3 0	6 9 0			
	合計				3 7 7 4 0			

注：介護保険施設における栄養マネジメント加算は、体制として管理栄養士配置の状況にて算定可能であり、管理栄養士加算と合わせて算定する。

3. 社会福祉法人等による利用者負担軽減

(1) 訪問介護・通所介護(様式第2)のサービスを、障害者施策にかかる特別対策公費(法別番号57)の対象者が受給し、かつ社会福祉法人等による利用者負担軽減事業の適用を受けた場合の記載内容

公費負担者番号										5	7	4	8	0	0	0	1	平成										1	7	年	1	0	月分
公費受給者番号										1	0	0	0	0	0	1	保険者番号										4	8	0	0	0	1	

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2生活1			1	1	5	1	1	1		4	8	5	2	0		9	7	0	0	2	0		9	7	0	0	
	単独通所介護2中度			1	5	1	3	2	1		5	0	6	1	0		5	0	6	0								
	通所介護送迎加算			1	5	5	2	0	0			4	7	2	0			9	4	0								

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

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率			2	5	0	%	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(円)				備考								
	11	訪問介護サービス費								2	9	1	0			7	2	7			2	1	8	3				
	15	通所介護サービス費								6	0	0	0			1	5	0	0			4	5	0	0			

注：社会福祉法人等による軽減欄の「受領すべき利用者負担の総額(円)」に記載する額は、該当サービス種類の請求額集計欄の「利用者負担額」と一致する。他の様式(様式第3・様式第8)においても同様。

(2) 短期入所生活介護 (様式第 3) のサービスを、当該サービスに割り当てられた支給限度額を超えて、社会福祉法人等による利用者負担軽減事業の適用を受けて利用した場合の記載内容

給付費明細欄	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	2	0	1	7	0	6	0					
	短期生活栄養士配置加算	2	1	6	2	7	2			1	0	2	0			2	0	0					
	短期入所生活介護送迎加算	2	1	9	2	0	0		1	8	4		2			3	6	8					
	合計												1	7	6	2	8						

請求額集計欄	区分	保険分						公費分					
	計画単位数		1	6	0	0	0						
	限度額管理対象単位数		1	7	6	2	8						
	限度額管理対象外単位数												
	給付単位数		1	6	0	0	0						
	単位数単価	1	0	0	0	円 / 単位							
	給付率		9	0	/ 100						/ 100		
	請求額（円）	1	4	4	0	0	0						
利用者負担額（円）		1	6	0	0	0							

特定入所者介護サービス費等	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							
	短期生活食費	5	9	2	1	1	1	1	3	8	0		6	5	0	1	9	2	6	2	2	0	1	3	8	7	0			1	2	3	5	0
	短期生活従来型個室	5	9	2	1	2	3	1	6	4	0		8	2	0	1	9	3	1	1	6	0	1	5	5	8	0			1	5	5	8	0
	合計															5	7	3	8	0								2	7	9	3	0		
																保険分 請求額(円)				2	9	4	5	0	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	2	5	0	%	受領すべき利用者 負担の総額 (円)	1	6	0	0	0	軽減額 (円)	4	0	0	0	軽減後利用者 負担額 (円)	1	2	0	0	0	備考
	21	短期入所生活介護サービス費																					

注：社会福祉法人等による軽減欄の「受領すべき利用者負担の総額 (円)」に記載する額には、特定入所者介護サービス費欄の利用者負担額は含まれず、また全額自己負担となった本体報酬に係る利用者負担額も含まれない。

(特定入所者介護サービス費欄の利用者負担額については、様式第 8 においても同様の取り扱いであり、全額自己負担となった本体報酬に係る利用者負担額については、様式第 2 においても同様の取り扱いである。)