

< 注意 >

記載例における各サービスコードのサービス項目コード、単位数及び単位数単価はあくまで例であり実際のサービス項目コード、単位数及び単位数単価と異なる場合があることに留意すること。

| | 項目 | 例 | 種別 () | 説明 | |
|----|------------------------|------|---------------------------------|---|---|
| 1 | 三割負担 | 例 1 | 請 | 三割負担対象者が介護サービスを受けた場合の請求明細書 | |
| 2 | | 例 2 | 請 | 三割負担対象者が出来高サービスを受けた場合の請求明細書 | |
| 3 | | 例 3 | 請 | 給付制限となった三割負担対象者の請求明細書 | |
| 4 | | 例 4 | 請 | 給付減免の対象となった三割負担対象者の請求明細書 | |
| 5 | | 例 5 | 請 | 三割負担対象者がみなしサービス、保険者独自サービスを受けた場合の請求明細書 | |
| 6 | | 例 6 | 請 | 三割負担対象者が保険者独自（定率）サービス、保険者独自（定額）サービスを受けた場合の請求明細書 | |
| 7 | | 例 7 | 請 | 給付制限となった三割負担対象者が、保険者独自（定率）サービス、保険者独自（定額）サービスを受けた場合の請求明細書 | |
| 8 | 介護医療院サービス | 例 8 | 請 | 短期入所療養介護（介護医療院）において、基本摘要情報として入所者の状態を記載する場合の請求明細書 | |
| 9 | | 例 9 | 請 | 介護医療院サービスにおいて、基本摘要情報として診断群分類（DPC）コードの上 6 桁及び入所者の状態を記載する場合の請求明細書 | |
| 10 | | - | | 介護医療院サービスの基本摘要欄に記載する医科診療報酬における診断群分類（DPC）コードについて | |
| 11 | みなし 2 号被保険者における難病公費の請求 | 例 10 | 例 10-1 | 求 | 難病の認定を受けた生保単独受給者が居宅療養管理指導を受けた場合の介護給付費請求書 |
| 12 | | | 例 10-2 | 請 | 難病の認定を受けた生保単独受給者が居宅療養管理指導を受けた場合の介護給付費明細書 |
| 13 | | 例 11 | 例 11-1 | 給 | 難病の認定を受けた生保単独受給者が訪問看護を受けた場合の給付管理票 |
| 14 | | | 例 11-2 | 求 | 難病の認定を受けた生保単独受給者がサービス事業所より訪問看護を受けた場合の介護給付費請求書 |
| 15 | | | 例 11-3 | 請 | 難病の認定を受けた生保単独受給者が訪問看護を受けた場合の介護給付費明細書 |
| 16 | | | 例 11-4 | 求 | 難病の認定を受けた生保単独受給者が居宅支援事業所より給付管理を受けた場合の介護給付費請求書 |
| 17 | 例 11-5 | サ | 難病の認定を受けた生保単独受給者の居宅介護支援介護給付費明細書 | | |

| | 項目 | 例 | 種別 () | 説明 | | |
|----|----------------------------------|-------------|-------------|-------|--|---|
| 18 | みなし2号被 保険者におけ る難病公費の 請求 | 例 1 2 | 例12-1 | 給 | 月途中で難病の認定を受けた生保単独受給者が訪問看護を受けた場合の給付管理票 | |
| 19 | | | 例12-2 | 求 | 月途中で難病の認定を受けた生保単独受給者が訪問看護を受けた場合の介護給付費請求書 | |
| 20 | | | 例12-3 | 請 | 月途中で難病の認定を受けた生保単独受給者が訪問看護を受けた場合の介護給付費明細書 | |
| 21 | | | 例12-4 | 求 | 月途中で難病の認定を受けた生保単独受給者が居宅支援事業所より給付管理を受けた場合の介護給付費請求書 | |
| 22 | | | 例12-5 | サ | 月途中で難病の認定を受けた生保単独受給者の居宅介護支援介護給付費明細書 | |
| 23 | | 例 1 3 | 例13-1 | 給 | 難病の認定を受けた生保単独受給者が訪問看護と訪問介護を受けた場合の給付管理票 | |
| 24 | | | 例13-2 | 求 | 難病の認定を受けた生保単独受給者が訪問看護と訪問介護を受けた場合の介護給付費請求書 | |
| 25 | | | 例13-3 | 請 | 難病の認定を受けた生保単独受給者が訪問看護と訪問介護を受けた場合の介護給付費明細書 | |
| 26 | | | 例13-4 | 求 | 難病の認定を受けた生保単独受給者が居宅支援事業所より給付管理を受けた場合の介護給付費請求書 | |
| 27 | | | 例13-5 | サ | 難病の認定を受けた生保単独受給者の居宅介護支援介護給付費明細書 | |
| 28 | | 例 1 4 | 例14-1 | 求 | 難病の認定を受けた生保単独受給者が介護療養型施設に入院し特定入所者介護サービスを受けた場合の介護給付費請求書 | |
| 29 | | | 例14-2 | 請 | 難病の認定を受けた生保単独受給者が介護療養型施設に入院し特定入所者介護サービスを受けた場合の介護給付費明細書 | |
| 30 | | 例 1 5 | 例15-1 | 求 | 難病の認定を受けた生保単独受給者が介護療養型施設に入院し特定診療を受けた場合の介護給付費請求書 | |
| 31 | | | 例15-2 | 請 | 難病の認定を受けた生保単独受給者が介護療養型施設に入院し特定診療を受けた場合の介護給付費明細書 | |
| 32 | | 例 1 6 | 例16-1 | 求 | 難病の認定を受けた生保単独受給者が介護療養型施設に入院し特定診療及び特定入所者介護サービスを受けた場合の介護給付費請求書 | |
| 33 | | | 例16-2 | 請 | 難病の認定を受けた生保単独受給者が介護療養型施設に入院し特定診療及び特定入所者介護サービスを受けた場合の介護給付費明細書 | |
| 34 | | 同一建物減算 | 例 1 7 | 例17-1 | 請 | 同一建物減算の請求（現行） |
| 35 | | | | 例17-2 | 請 | 同一建物減算（1種類の減算）の請求（拡充） |
| 36 | | | 例 1 8 | 例18-1 | 請 | 同一建物減算の請求に初回加算・特別地域加算・処遇改善加算を含んだ請求（現行） |
| 37 | | | | 例18-2 | 請 | 同一建物減算の請求に初回加算・特別地域加算・処遇改善加算を含んだ請求（拡充） |
| 38 | | | 例 1 9 | 例19-1 | 請 | 同一建物減算の請求かつ2つの生保の請求（現行） |
| 39 | | | | 例19-2 | 請 | 同一建物減算の請求かつ2つの生保の請求、第一公費・第二公費で計算する（拡充） |
| 40 | | | 例 2 0 | 例20-1 | 請 | 初回加算・特別地域加算・処遇改善加算を含んだ限度額オーバーの同一建物減算の請求（現行） |
| 41 | | | | 例20-2 | 請 | 初回加算・特別地域加算・処遇改善加算を含んだ限度額オーバーの同一建物減算の請求（拡充） |

| | 項目 | 例 | 種別 () | 説明 | |
|----|----------------------------|-------------|-----------|--|---|
| 42 | 同一建物減算 (住所地特例 対象者) | 例 2 1 | 例 2 1 - 1 | 請 | 月を通じて住所地特例対象者が夜間訪問介護を受けた場合の処遇改善加算を含んだ請求 (現行) |
| 43 | | | 例 2 1 - 2 | 請 | 月を通じて住所地特例対象者が夜間訪問介護を受けた場合 (1 種類の減算) の処遇改善加算を含んだ請求 (拡充) |
| 44 | | 例 2 2 | 例 2 2 - 1 | 請 | 月途中で住所地特例対象者(転居後に減算対象) となり、処遇改善加算を含んだ請求 (現行) |
| 45 | | | 例 2 2 - 2 | 請 | 月途中で住所地特例対象者(転居後に減算対象) となり、処遇改善加算を含んだ請求 (拡充) |
| 46 | | 例 2 3 | 例 2 3 - 1 | 請 | 月途中で住所地特例対象者(転居前に減算対象) となり、処遇改善加算を含んだ請求 (現行) |
| 47 | | | 例 2 3 - 2 | 請 | 月途中で住所地特例対象者(転居前に減算対象) となり、処遇改善加算を含んだ請求 (拡充) |
| 48 | | 例 2 4 | 例 2 4 - 1 | 請 | 住所地特例対象者が日割りで夜間訪問介護 を受けた場合の処遇改善加算を含んだ請求 (現行) |
| 49 | | | 例 2 4 - 2 | 請 | 住所地特例対象者が日割りで夜間訪問介護 を受けた場合 (どちらも同様の減算) の処遇改善加算を含んだ請求 (拡充) |
| 50 | | | 例 2 4 - 3 | 請 | 住所地特例対象者が日割りで夜間訪問介護 を受けた場合 (異なる減算率) の処遇改善加算を含んだ請求 (拡充) |
| 51 | | 共生型サービ ス | 例 2 5 | 請 | 指定生活介護事業所 (93/100) と指定児童発達支援事業所 (90/100) が同一事業所番号で通所介護の共生型サービスを提供した場合の請求明細書 |
| 52 | 例 2 6 | | 請 | サービス提供体制強化加算・処遇改善加算を含んだ限度額オーバーの通所介護の共生型サービスを提供した場合の請求明細書 | |

種別については以下のとおりとする

求・・・介護給付費請求書 請・・・介護給付費明細書 給・・・給付管理票
サ・・・居宅介護支援介護給付費明細書

同一建物減算のサービスコードは、平成 30 年 4 月の報酬改定以降、サービス種類によって以下 3 種類 (、 、) が存在することになるが、ここでは を請求する場合の記載例について示す。

限度額管理対象外の百分率の単独減算 (平成 30 年 3 月以前は基本サービスコードに含有)

限度額管理対象外の固定値による単独減算 (平成 30 年 3 月以前は限度額管理対象)

固定値による単独減算 (平成 30 年 3 月以前から変更なし)

同一建物減算のサービスコード (百分率の単独減算) は以下のとおりとする。

11-XXXX 同一建物減算 (-10%)

11-YYYY 同一建物減算 (-15%)

三割負担対象者が介護サービスを受けた場合の請求明細書

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・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用）

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|-------------------------|-------------------------------------|--|--|--|----|-------------------------|--|-----------------|---------------------------|--|--|--|--|--|
| 公費負担者番号 | | | | | | | | | | 平成 3 0 年 0 8 月分 | | | | | |
| 公費受給者番号 | | | | | | | | | | 保険者番号 9 0 2 0 2 0 | | | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 0 0 0 0 0 1 1 1 1 | | | | | | | | 事業所番号 9 0 7 0 0 0 0 0 2 0 | | | | | |
| | (フリガナ) | カゴ サロウ | | | | | | | | 事業所 | | | | | |
| | 氏名 | 介護 三郎 | | | | | | | | 〒 9 9 9 - 9 9 9 9 | | | | | |
| | 生年月日 | 1.明治 2.大正 3.昭和 0 5 年 0 5 月 0 5 日 | | | | 性別 | 1.男 2.女 | | 所在地 県 市 町 5-5-5 | | | | | | |
| | 要介護状態区分 | 要介護 1・2・3・4・5 | | | | | | | | 連絡先 電話番号 099 - 555 - 5555 | | | | | |
| 認定有効期間 | 平成 3 0 年 0 4 月 0 1 日 から | | | | | | 平成 3 1 年 0 3 月 3 1 日 まで | | | | | | | | |

介護三郎さんは、8月1日に三割負担対象者と判定された

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|---|---------------------|--|---|--|--|---|-------|-----------|---|-------|----|--|--|---|--|--|---|--|--|---|
| 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 | 9 0 7 0 0 0 0 2 2 0 | | | | | | 事業所名称 | 居宅介護支援事業所 | | | | | | | | | | | | |
| 開始年月日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | | 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 9.介護医療院入所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 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 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 5 | 1 | 2 | 2 | 9 | 4 | 0 | |
| 身体介護 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 5 | 1 | 2 | 2 | 9 | 4 | 0 | |
| 身体介護 1・夜 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 3 | 0 | 6 | 4 | 1 | 2 | 2 | 4 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 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 | | 施設所在保険者番号 | 摘要 |
|--------|---------|--|--|--|--|--|-----|--|----|--|---------|--|-------|---------|--|-----------|----|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|-------------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 6 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 計画単位数 | 4 1 6 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 限度額管理対象単位数 | 4 1 6 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 限度額管理対象外単位数 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 給付単位数 (のうち少ない数) + | 4 1 6 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 公費分単位数 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 単位数単価 | 1 0 2 1 円/単位 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 保険請求額 | 2 9 7 5 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 利用者負担額 | 1 2 7 5 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 公費請求額 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 公費分本人負担 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

三割負担対象者の場合、給付率は「70」とする

給付率 70% で計算した値を記載する

| | | | | | | | |
|---------------|-----|---|--|-------------------|---------|---------------|----|
| 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 (円) | 備考 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

施設サービス等介護給付費明細書
（介護保健施設サービス）

記載例 2
三割負担対象者が出来高サービスを受けた場合の請求明細書

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 0 | 月 | 0 | 0 | 日 | 7 | 月 |
| 公費受給者番号 | | 保険者番号 | 9 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|-------------------------------|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--|
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 事業所番号 | 9 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | |
| | (ワカガ) | かこ じ 助 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 介護 二郎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | 要介護 1・2・3・4・5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月 | 0 | 1 | 日 | から | 平成 | 3 | 1 | 年 | 0 | 3 | 月 | 3 | 1 | 日 | まで | |
| 所在地 | 〒 9 9 9 - 9 9 9 9 県 市 町 1-1-1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 099 - 333 - 3333 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

介護二郎さんは、8月1日に三割負担対象者と判定された

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|----|--|---|--|---|--|---|-------|---|---|------|---|
| 入所年月日 | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 8 | 月 | 2 | 2 | 日 | 退所年月日 | 平成 | | 年 | | 月 | | 日 | 入所実日数 | 1 | 0 | 外泊日数 | 0 |
| 主傷病 | 1.居室 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他 9.介護医療院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退所後の状況 | 1.居室 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 9.介護医療院入所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 給付費明細欄 | サービス内容 | サービスコード | 単位数 | 回数 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 1 1 1 | 6 9 5 | 1 0 | 6 9 5 0 | | |
| 合計 | | | | | | | | 6 9 5 0 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-----------|----|------|---|--|--|--|--|--|--|---|---------------|----|--|---|--|---|--|---|
| 所定疾患施設療養費 | 傷病名 | | | | | | | | | | | 所定疾患施設療養開始年月日 | 平成 | | 年 | | 月 | | 日 |
| | 単位（再掲） | 単位 | 単位 × | 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急時治療管理 | 傷病名 | | | | | | | | | | | 緊急時治療開始年月日 | 平成 | | 年 | | 月 | | 日 |
| | 単位（再掲） | 単位 | 単位 × | 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特定治療 | リハビリテーション | | | | | | | | | | | 摘要 | | | | | | | |
| | 処置 | | | | | | | | | | | 点 | | | | | | | |
| | 手術 | | | | | | | | | | | 点 | | | | | | | |
| | 麻酔 | | | | | | | | | | | 点 | | | | | | | |
| | 放射線治療 | | | | | | | | | | | 点 | | | | | | | |
| 合計 | | | | | | | | | | | 点 | | | | | | | | |

| | | | |
|------|-------|------|-------|
| 往診日数 | 医療機関名 | 通院日数 | 医療機関名 |
|------|-------|------|-------|

| | | | | | | | | | | | |
|-------|------|----------|-------|----|--------|------|--------|-------|--|--|--|
| 特別療養費 | 傷病名 | 病 | | | | | | | | | |
| | 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 | | | |
| | 0 5 | 初期入所診療管理 | 2 5 0 | 1 | 2 5 0 | | | | | | |
| 合計 | | | | | | | | 2 5 0 | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-----------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 請求額集計欄 | 区分 | 保険分 | | | | | | | | | | 公費分 | | | | | | | | | | 保険分特定治療・特別療養費 | | | | | | | | | | 公費分特定治療・特別療養費 | | | | | | | | | |
| | 点数・単位数合計 | 6 9 5 0 | | | | | | | | | | 三割負担対象者の場合、給付率は「70」とする | | | | | | | | | | 2 5 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 点数・単位数単価 | 1 0 1 4 円/単位 | | | | | | | | | | 10 円 / 点・単位 | | | | | | | | | | 10 円 / 点・単位 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 給付率 | 7 0 / 100 | | | | | | | | | | 7 0 / 100 | | | | | | | | | | 7 0 / 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 請求額（円） | 4 9 3 3 1 | | | | | | | | | | 1 7 5 0 | | | | | | | | | | 7 5 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担額（円） | 2 1 1 4 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 | 三割負担対象者が出来高サービスを受けた場合、三割負担対象者用の給付率（70%）で請求する | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | |

様式第二（附則第二条関係）

記載例 3

給付制限となった三割負担対象者の請求明細書

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・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用）

| | | | | | | | | | |
|---------|--|------------------------------|---|---|---|---|---|---|-------|
| 公費負担者番号 | | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 9 | 月 | 分 |
| 公費受給者番号 | | 保険者番号 | 9 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | |
| 被保険者番号 | 0 0 0 0 0 0 1 1 1 1 | 事業所番号 | 9 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 2 0 |
| (フリガナ) | 介護 三郎 | 事業所 〒999-9999 県市町5-5-5 | | | | | | | |
| 氏名 | 介護 三郎 | | | | | | | | |
| 生年月日 | 1.明治 2.大正 3.昭和 0 5 年 0 5 月 0 5 日 | 性別 | | 介護三郎さんは、8月1日に三割負担対象者と判定されたが、保険料を滞納していたため、給付制限となった | | | | | |
| 要介護状態区分 | 要介護 1・2・3・4・5 | 者所在地 | | 連絡先 電話番号 099-555-5555 | | | | | |
| 認定有効期間 | 平成 3 0 年 0 4 月 0 1 日 から 平成 3 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 | |
| 事業所番号 | 9 0 7 0 0 0 0 2 2 0 | 事業所名称 | 居宅介護支援事業所 |
| 開始年月日 | 平成 年 月 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 9.介護医療院入所 | | |

| 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 1 | 1 1 1 1 1 1 | 2 4 5 | 1 2 | 2 9 4 0 | | | |
| 身体介護 1・夜 | 1 1 1 1 1 2 | 3 0 6 | 4 | 1 2 2 4 | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| 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 | 施設所在保険者番号 | 摘要 |
|--------|---------|-----|----|---------|-------|---------|-----------|----|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|----------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|
| 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 6 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 計画単位数 | | 4 1 6 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 限度額管理対象単位数 | | 4 1 6 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 限度額管理対象外単位数 | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付単位数（のうち少ない数）+ | | 4 1 6 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | 給付率（/100） |
| 公費分単位数 | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | 保険 |
| 単位数単価 | 1 0 2 1 | 円/単位 | | | | | | | | | | | | | | | | | 公費 |
| 保険請求額 | | 2 5 5 0 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | 合計 |
| 利用者負担額 | | 1 7 0 0 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | 2 5 5 0 8 |
| 公費請求額 | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 7 0 0 6 |
| 公費分本人負担 | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |

三割負担対象者であり、給付制限となった場合、給付率は「60」とする

| | | | | | | |
|---------------|-----|---|------------------|--------|--------------|----|
| 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（円） | 備考 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

給付減免の対象となった三割負担対象者の請求明細書

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・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用）

| | | | | | | | | | | | |
|---------|--|-------|------|------------------|---|---|-------|----|---|---|---|
| 公費負担者番号 | | 平成 | 3 | 0 | 年 | 1 | 0 | 月分 | | | |
| 公費受給者番号 | | 保険者番号 | 9 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | | | |
| 被保険者番号 | 0 0 0 0 0 0 1 1 1 1 | 事業所番号 | 9 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| (フリガナ) | カゴ サロウ | 事業所 | | | | | | | | | |
| 氏名 | 介護 三郎 | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 1.明治 2.大正 3.昭和 0 5 年 0 5 月 0 5 日 | 性別 | 性 | 〒 | 9 | 9 | 9 | - | 9 | 9 | 9 |
| 要介護状態区分 | 要介護 1・2・3・4・5 | 所在地 | 者 | 県 | 市 | 町 | 5-5-5 | | | | |
| 認定有効期間 | 平成 3 0 年 0 4 月 0 1 日 から 平成 3 1 年 0 3 月 3 1 日 まで | 連絡先 | 電話番号 | 099 - 555 - 5555 | | | | | | | |

介護三郎さんは、8月1日に三割負担対象者と判定されたが、罹災し減免対象（100%給付）となった

| | | | |
|----------|---|-------------|-----------|
| 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 | 9 0 7 0 0 0 0 2 2 0 | 事業所名称 | 居宅介護支援事業所 |
| 開始年月日 | 平成 年 月 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 9.介護医療院入所 | | |

| 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 1 | 1 1 1 1 1 1 | 2 4 5 | 1 2 | 2 9 4 0 | | | |
| 身体介護 1・夜 | 1 1 1 1 1 2 | 3 0 6 | 4 | 1 2 2 4 | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| 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 | 施設所在保険者番号 | 摘要 |
|--------|---------|-----|----|---------|-------|---------|-----------|----|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

三割負担対象者であり、減免対象者となった場合、給付率は減免後の給付率（この例では100）とする
減免給付率は71%～100%の間で保険者が設定する

| | | | | | | | | |
|-----------------|--------------|--|--|------|--|------|--|-----------|
| 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 6 日 | | | | | | | |
| 計画単位数 | 4 1 6 4 | | | | | | | |
| 限度額管理対象単位数 | 4 1 6 4 | | | | | | | |
| 限度額管理対象外単位数 | 0 | | | | | | | |
| 給付単位数（のうち少ない数）+ | 4 1 6 4 | | | | | | | 給付率（/100） |
| 公費分単位数 | 0 | | | | | | | 保険 1 0 0 |
| 単位数単価 | 1 0 2 1 円/単位 | | | 円/単位 | | 円/単位 | | 公費 |
| 保険請求額 | 4 2 5 1 4 | | | | | | | 合計 |
| 利用者負担額 | 0 | | | | | | | 4 2 5 1 4 |
| 公費請求額 | 0 | | | | | | | 0 |
| 公費分本人負担 | 0 | | | | | | | 0 |

| | | | | | | |
|---------------|-----|---|------------------|--------|--------------|----|
| 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（円） | 備考 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
 （訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費）

記載例 5

三割負担対象者がみなしサービス、保険者独自サービスを受けた場合の請求明細書

| | | | | | | | | | | |
|--|-------------------|-------|-----------|---|-----------------------|---|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 8 | 月 | 分 | |
| 公費受給者番号 | | 保険者番号 | 9 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | | |
| 被保険者 番号 (フリガナ) 氏名 生年月日 要支援 状態区分等 認定有効 期間 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| | 介護 夏子 | | 事業所 番号 | | 9 0 7 0 1 0 0 0 1 0 | | | | | |
| | 事業所 | | 〒 | | 9 9 9 - 9 9 9 9 | | | | | |
| | 1.明治 2.大正 3.昭和 | | 所在地 | | 県 市 町 1-1-1 | | | | | |
| | 0 5 年 0 7 月 0 7 日 | | 性別 | | 1.男 2.女 | | | | | |
| | 事業対象者・要支援1・要支援2 | | 連絡先 | | 電話番号 099 - 222 - 2222 | | | | | |

介護夏子さんは、8月1日に三割負担対象者と判定された

| | | | | | | |
|------------|---|------------------------|-------|---------------------|-------|------------|
| 介護予防サービス計画 | 3 | 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成 | 事業所番号 | 9 0 0 0 0 1 0 0 0 1 | 事業所名称 | 地域包括支援センター |
|------------|---|------------------------|-------|---------------------|-------|------------|

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|----|--|---|--|---|--|---|-------|----|--|---|--|---|--|---|
| 開始年月日 | 平成 | | 年 | | 月 | | 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 |
|------------|-------------|-----|----|---------|-------|---------|--|
| 介護予防訪問介護 | A 2 1 1 1 1 | | 1 | 1 1 6 8 | | | (参考) みなしサービス (A1: 訪問型サービス(みなし)、A5: 通所型サービス(みなし))のみなし指定の有効期限は原則平成30年3月までであるが、市町村は最長で平成33年3月まで有効期間を延長できる |
| 予防訪問介護初回加算 | A 2 4 0 0 1 | | 1 | 2 0 0 | | | |

以下の総合事業サービスについては、三割負担が適用される
 ・A1: 訪問型サービス(みなし)
 ・A2: 訪問型サービス(独自)
 ・A5: 通所型サービス(みなし)
 ・A6: 通所型サービス(独自)

| 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 | 施設所在 保険者番号 | 摘要 |
|--------|---------|-----|----|---------|-------|---------|---------------|----|
| | | | | | | | | |

| サービス種類コード / 名称 | A | 2 | 訪問型サービス (独自) | | | | | | |
|-------------------------------|---|---|-----------------|------|--|--|--|--|--|
| サービス実日数 | 1 | 0 | | 日 | | | | | |
| 計画単位数 | | | 1 3 6 8 | | | | | | |
| 限度額管理対象単位数 | | | 1 3 6 8 | | | | | | |
| 限度額管理対象外単位数 | | | 0 | | | | | | |
| 給付単位数(のうち 少ない数)+ 公費分単位数 | | | 1 3 6 8 | | | | | | |
| 単位数単価 | 1 | 0 | 2 1 | 円/単位 | | | | | |
| 事業費請求額 | | | 9 7 7 6 | | | | | | |
| 利用者負担額 | | | 4 1 9 1 | | | | | | |
| 公費請求額 | | | 0 | | | | | | |
| 公費分本人負担 | | | 0 | | | | | | |

三割負担対象者の場合、給付率は「70」とする

みなしサービス及び保険者独自サービスについては、三割負担対象者の場合、介護同様に利用者負担が3割となるよう請求する

| | |
|-----------|----|
| 給付率(/100) | |
| 事業 | 70 |
| 公費 | |
| 合計 | |

| | | | | | | |
|---------------|-----|---|--------------|--------|-----------|----|
| 社会福祉法人等による軽減欄 | 軽減率 | % | 受領する負担の総額(円) | 軽減額(円) | 利用者負担額(円) | 備考 |
| | | | | | | |

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
 （訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費）

記載例 6

三割負担対象者が保険者独自（定率）サービス、保険者独自（定額）サービスを受けた場合の請求明細書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 公費負担者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 公費受給者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

平成

| | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | 9 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
|-------|---|---|---|---|---|---|

| | | | | |
|------|----------|-----------------|----|-----|
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 |
| | (フリガナ) | カコ | マコ | |
| | 氏名 | 介護 夏子 | | |
| | 生年月日 | 1.明治 2.大正 3.昭和 | 性別 | 1.男 |
| | 要支援状態区分等 | 事業対象者・要支援1・要支援2 | | |

介護夏子さんは、8月1日に三割負担対象者と判定された

| | | | | | | | | | | |
|-------|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 事業所番号 | 9 | 0 | 7 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 事業所名称 | 事業所 | | | | | | | | | |

（参考）集計欄の「事業費請求額」、「利用者負担額」の計算方法
 保険者独自（定率）サービス（A3、A7）の場合
 （ ）明細情報ごとの事業費請求額 = 《サービス単位数 × 単位数単価》 × 給付率
 （ ）集計欄の事業費請求額 = サービス種類ごとの（ ）の集計値
 （ ）集計欄の利用者負担額 = 《 給付単位数 × 単位数単価 》 - （ ）
 保険者独自（定額）サービス（A4、A8）の場合
 （ ）明細情報ごとの利用者負担額 = 1回あたりの利用者負担額 × 回数
 （ ）集計欄の利用者負担額 = サービス種類ごとの（ ）の集計値
 （ ）集計欄の事業費請求額 = 《 給付単位数 × 単位数単価 》 - （ ）
 《 》は、囲まれた部分の計算結果の小数点以下を切り捨てることを示す

| | | | | | | | |
|------------|---|----------------------|---|---|---|---|---|
| 介護予防サービス計画 | 3 | 介護予防支援事業者・地域包括支援センター | | | | | |
| 事業所番号 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |

| | | | | | | |
|-------|----|--|---|--|---|--|
| 開始年月日 | 平成 | | 年 | | 月 | |
|-------|----|--|---|--|---|--|

| 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 |
|-------------|---------|---|---------|-------|----|---------|-------|---------|----|
| サービス1（高所得三） | A | 3 | 1 1 1 3 | 2 0 0 | 5 | 1 0 0 0 | | | |
| サービス1（高所得三） | A | 4 | 1 1 1 3 | 4 0 0 | 5 | 2 0 0 0 | | | |

保険者が所得段階ごとにサービスコードを設定したい場合、三割負担対象者は所得段階に応じたサービスコードを使用する（通常受給者用）
 A3-1111（ サービス1 ） 単位数：200単位 給付率：90%
 A4-1111（ サービス1 ） 単位数：400単位 利用者負担額：408円
 （高所得者用<二割>）
 A3-1112（ サービス1（高所得） ） 単位数：200単位 給付率：80%
 A4-1112（ サービス1（高所得） ） 単位数：400単位 利用者負担額：816円
 （高所得者用<三割>）
 A3-1113（ サービス1（高所得三） ） 単位数：200単位 給付率：70%
 A4-1113（ サービス1（高所得三） ） 単位数：400単位 利用者負担額：1224円

| サービス種類コード / 名称 | A | 3 | 訪問型サービス（独自/定率） | A | 4 | 訪問型サービス（独自/定額） | | | |
|-----------------|---------|---|----------------|---|---|----------------|--|--|-----------|
| | サービス実日数 | 5 | 日 | 5 | 日 | 日 | | | |
| 計画単位数 | | | 1 0 0 0 | | | 2 0 0 0 | | | |
| 限度額管理対象単位数 | | | 1 0 0 0 | | | 2 0 0 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）+ | | | 1 0 0 0 | | | 2 0 0 0 | | | |
| 公費分単位数 | | | | | | 0 | | | |
| 単位数単価 | 1 | 0 | 2 1 円/単位 | 1 | 0 | 2 1 円/単位 | | | |
| 事業費請求額 | | | 7 1 4 7 | | | 1 4 3 0 0 | | | 2 1 4 4 7 |
| 利用者負担額 | | | 3 0 6 3 | | | 6 1 2 0 | | | 9 1 8 3 |
| 公費請求額 | | | | | | 0 | | | 0 |
| 公費分本人負担 | | | | | | 0 | | | 0 |

三割負担対象者の場合も、保険者独自（定率）サービス、保険者独自（定額）サービスについては、給付率は記載しない

保険者独自（定率）サービス、保険者独自（定額）サービスについては、所得段階に応じたサービスコードを使用して請求する

| | | | | |
|---------------|-----|---|------------------|----|
| 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） | 備考 |
|---------------|-----|---|------------------|----|

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
 （訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費）

記載例 7
 給付制限となった三割負担対象者が、保険者独自（定率）サービス、保険者独自（定額）サービスを受けた場合の請求明細書

| | |
|----------|--|
| 公費負担者番号 | |
| 公費受給者番号 | |
| 被保険者番号 | 0 0 0 |
| (フリガナ) | カゴ マコ |
| 氏名 | 介護 夏子 |
| 生年月日 | 1.明治 2.大正 3.昭和 0 5 年 0 7 月 0 7 日 |
| 要支援状態区分等 | 事業対象者 要支援1・要支援2 |
| 認定有効期間 | 平成 3 0 年 0 4 月 0 1 日 から 平成 3 1 年 0 3 月 3 1 日 まで |

介護夏子さんは、8月1日に三割負担対象者と判定されたが、保険料を滞納していたため、給付制限となった

| | |
|-----|--|
| 平成 | |
| 保険者 | |

| | |
|-------|----------------------------------|
| 事業所番号 | 9 0 7 0 1 0 0 0 1 0 |
| 事業所名称 | 事業所 |
| 所在地 | 〒 9 9 9 - 9 9 9 9 県 市 町 1-1-1 |
| 連絡先 | 電話番号 099 - 222 - 2222 |

| | |
|------------|--------------------------|
| 介護予防サービス計画 | 3 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成 |
| 事業所番号 | 9 0 0 0 0 1 0 0 0 1 |
| 事業所名称 | 地域包括支援センター |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|----|--|---|--|---|--|---|-------|----|--|---|--|---|--|---|
| 開始年月日 | 平成 | | 年 | | 月 | | 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 |
|----------------|-------------|-------|----|---------|-------|---------|----|
| サービス1（高所得三・制限） | A 3 1 1 1 5 | 2 0 0 | 5 | 1 0 0 0 | | | |
| サービス1（高所得三・制限） | A 4 1 1 1 5 | 4 0 0 | 5 | 2 0 0 0 | | | |

保険者が所得段階ごとに給付制限用のサービスコードを設定したい場合、三割負担対象者は所得段階に応じた給付制限用のサービスコードを使用する
 （通常受給者、高所得者<二割>の給付制限用）
 A3-1114（ サービス1（制限）） 単位数：200単位 給付率：70%
 A4-1114（ サービス1（制限）） 単位数：400単位 利用者負担額：1224円
 （高所得者<三割>の給付制限用）
 A3-1115（ サービス1（高所得三・制限）） 単位数：200単位 給付率：60%
 A4-1115（ サービス1（高所得三・制限）） 単位数：400単位 利用者負担額：1632円

| サービス種類コード / 名称 | A 3 訪問型サービス（独自/定率） | | A 4 訪問型サービス（独自/定額） | | 日 | 事業 | 公費 | 合計 |
|-----------------|--------------------|------|--------------------|------|---|----|----|-----------|
| | 単位数 | 回数 | 単位数 | 回数 | | | | |
| サービス実日数 | 5 | 日 | 5 | 日 | | | | |
| 計画単位数 | 1 0 0 0 | | 2 0 0 0 | | | | | |
| 限度額管理対象単位数 | 1 0 0 0 | | 2 0 0 0 | | | | | |
| 限度額管理対象外単位数 | 0 | | 0 | | | | | |
| 給付単位数（のうち少ない数）+ | 1 0 0 0 | | 2 0 0 0 | | | | | |
| 公費分単位数 | 0 | | 0 | | | | | |
| 単位数単価 | 1 0 2 1 | 円/単位 | 1 0 2 1 | 円/単位 | | | | |
| 事業費請求額 | 6 1 2 6 | | 1 2 2 6 | 0 | | | | 1 8 3 8 6 |
| 利用者負担額 | 4 0 8 4 | | 8 1 6 0 | | | | | 1 2 2 4 4 |
| 公費請求額 | 0 | | 0 | | | | | 0 |
| 公費分本人負担 | 0 | | 0 | | | | | 0 |

三割負担対象者の場合も、保険者独自（定率）サービス、保険者独自（定額）サービスについては、給付率は記載しない

保険者独自（定率）サービス、保険者独自（定額）サービスについては、所得段階に応じた給付制限用のサービスコードを使用して請求する

| | | | | |
|---------------|-----|---|------------------|----|
| 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） | 備考 |
|---------------|-----|---|------------------|----|

様式第四の三（附則第二条関係）

居宅サービス介護給付費明細書
（介護医療院における短期入所療養介護）

記載例 8

短期入所療養介護（介護医療院）において、基本摘要情報として入所者の状態を記載する場合の請求明細書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 公費負担者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 公費受給者番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|----|--|
| 平成 | |
| 保険 | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--------|---------|----------------|---|---|---|-----------|---|---|---|---|----|--|
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| | (ワガカ) | カ 1 伊 1 0 | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 介護 一郎 | | | | | | | | | | |
| | 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 | 要介護 1・2・3・4・5 | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月 | 0 | 1 | 日 | から | |
| | 平成 | 3 | 1 | 年 | 0 | 3 | 月 | 3 | 1 | 日 | まで | |

| | | | | | | | | | | | | |
|-------|-------|-----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 請求事業者 | 事業所番号 | 9 | 0 | B | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | |
| | 事業所名称 | 介護医療院 | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 9 9 9 - 9 9 9 9 県 市 | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 999-9999-9999 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|----------|--------------------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 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 | 9 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | |
| | 事業所名称 | 支援事業所 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|----------|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 入所年月日 | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月 | 0 | 1 | 日 |
| 退所年月日 | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月 | 1 | 6 | 日 |
| 短期入所 実日数 | 1 6 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|------|-------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 基本摘要 | 摘要種類 | 内容 | | | | | | | | | | |
| | 0 2 1 | | | | | | | | | | | |

摘要種類欄には「02」を記載し、内容欄には入所者の状態を記載する摘要種類の「02」は「利用者状態等コード」を表す

| 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 |
|--------|---------|-----|----------|---------|
| | | | | |

入所者の状態を記載するサービス必要に応じて基本摘要欄に「02：利用者状態等コード」を記載することが可能

| | | | | | | | | | | | | |
|----------|-------------|-----------|--------|----|--|--|--|--|--|--|-------|--|
| 緊急時施設診療費 | 傷病名 | | | | | | | | | | | |
| | 緊急時治療管理(再掲) | 単位 | 単位 × 日 | | | | | | | | | |
| | 特定治療 | リハビリテーション | 点 | 摘要 | | | | | | | | |
| | | 処置 | 点 | | | | | | | | | |
| | | 手術 | 点 | | | | | | | | | |
| | | 麻酔 | 点 | | | | | | | | | |
| 放射線治療 | | 点 | | | | | | | | | | |
| 合計 | 点 | | | | | | | | | | | |
| 往診日数 | 医療機関名 | 通院日数 | | | | | | | | | 医療機関名 | |

| | | | | | | | | | | | |
|-------|------|----|-----|----|--------|------|--------|----|--|--|--|
| 特別診療費 | 傷病名 | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | |
| | 合計 | | | | | | | | | | |

| 区分 | 保険分 | | | | 公費分 | | | | 保険分特定治療・特別診療費 | | | | 公費分特定治療・特別診療費 | | | | |
|-------------|-------|---|------|---|------|---|--|--|---------------|----------|--|--|---------------|--|--|--|--|
| | 計画単位数 | 1 | 2 | 8 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | |
| 限度額管理対象単位数 | 1 | 2 | 8 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | |
| 限度額管理対象外単位数 | | | | | 0 | | | | | | | | | | | | |
| 給付点数・単位数 | 1 | 2 | 8 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | |
| 点数・単位数単価 | 1 | 0 | 0 | 0 | 円/単位 | | | | | 10円/点・単位 | | | | | | | |
| 給付率 | 9 | 0 | /100 | | | | | | /100 | | | | | | | | |
| 請求額(円) | 1 | 1 | 5 | 2 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担額(円) | 1 | 2 | 8 | 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 | | |

施設サービス等介護給付費明細書
（介護医療院サービス）

記載例9
介護医療院サービスにおいて、基本摘要情報として診断群分類（DPC）コードの上6桁及び入所者の状態を記載する場合の請求明細書

| | |
|---------|--|
| 公費負担者番号 | |
| 公費受給者番号 | |

平成
保険者

| | |
|---------|--|
| 被保険者番号 | 0 0 0 0 0 0 2 2 2 2 |
| (フリガナ) | カゴ ジロウ |
| 氏名 | 介護 二郎 |
| 生年月日 | 1.明治 2.大正 3.昭和 0 3 年 0 3 月 0 3 日 |
| 性別 | 1.男 2.女 |
| 要介護状態区分 | 要介護 1・2・3・4・5 |
| 認定有効期間 | 平成 3 0 年 0 4 月 0 1 日 から 平成 3 1 年 0 3 月 3 1 日 まで |

| | |
|-------|--------------------------|
| 事業所番号 | 9 0 B 0 0 0 0 0 2 0 |
| 事業所名称 | 介護医療院 |
| 所在地 | 〒 9 9 9 - 9 9 9 9 県 市 |
| 連絡先 | 電話番号 999-9999-9999 |

| | | | | | | | |
|--------|---|-------|----------|---|-----|------|---|
| 入所年月日 | 平成 3 0 年 0 4 月 0 3 日 | 退所年月日 | 平成 年 月 日 | 入所実日数 | 2 8 | 外泊日数 | 0 |
| 主傷病 | 慢性腎不全 | | 入所前の状況 | 1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他 9.介護医療院 | | | |
| 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 9.介護医療院入所 | | | | | | |

| 基本摘要 | 摘要種類 | | 内容 |
|------|------|--------|----|
| | 0 1 | 110280 | |
| | 0 2 | LD | |

1行目の摘要種類欄には「01」を記載し、内容欄にはDPCコード上6桁を記載する
2行目の摘要種類欄には「02」を記載し、内容欄には入所者の状態を記載する
摘要種類の「01」は「DPCコード(疾患コード)」を表し、「02」は「利用者状態等コード」を表す

| 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 |
|----------|---------|-------|----------|-----------|
| 介護医療院型施設 | 5 5 | 7 0 0 | 2 8 | 1 9 6 0 0 |

DPCコード上6桁と入所者の状態を記載するサービス
基本摘要欄の1行目に「01：DPCコード(疾患コード)」の記載が必須
必要に応じて、2行目に「02：利用者状態等コード」を記載することが可能

| | | | |
|-------------|----|-----|---|
| 緊急時治療管理(再掲) | 単位 | 単位× | 日 |
| リハビリテーション | 点 | | |
| 処置 | 点 | | |
| 手術 | 点 | | |
| 麻酔 | 点 | | |
| 放射線治療 | 点 | | |
| 合計 | 点 | | |

| | | | |
|------|-------|------|-------|
| 往診日数 | 医療機関名 | 通院日数 | 医療機関名 |
|------|-------|------|-------|

| 傷病名 | | | | | | | |
|------|----|-----|----|--------|------|--------|----|
| 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 |
| | | | | | | | |
| 合計 | | | | | | | |

| 区分 | 保険分 | 公費分 | 保険分特定治療・特別診療費 | 公費分特定治療・特別診療費 |
|-----------|--------------|-------|---------------|---------------|
| 点数・単位数合計 | 1 9 6 0 0 | | | |
| 点数・単位数単価 | 1 0 0 0 円/単位 | | 10 円/点・単位 | 10 円/点・単位 |
| 給付率 | 9 0 / 100 | / 100 | / 100 | / 100 |
| 請求額(円) | 1 7 6 4 0 0 | | | |
| 利用者負担額(円) | 1 9 6 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 |
|--------|---------|---------|-------|----|--------|-----------|--------|-----------|--------|
| | | | | | | | | | |
| 合計 | | | | | | | | | |
| | | | | | | 保険分請求額(円) | 公費分請求額 | 公費分本人負担月額 | |

介護医療院サービスの基本摘要欄に記載する医科診療報酬における診断群分類（DPC）コードについて

「介護給付費請求書等の記載要領について」（別表五）基本摘要欄記載事項 抜粋

介護医療院サービス

| サービス種類 | サービス内容（算定項目） | 基本摘要記載事項 |
|-----------|--|---|
| 介護医療院サービス | 型介護医療院サービス費（ ）（ ）（ ）、 型介護医療院サービス費（ ）（ ）（ ）、 型介護医療院サービス費（ ）（ ）（ ）、 型特別介護医療院サービス費（ ）（ ）、 ユニット型 型介護医療院サービス費（ ）（ ）（ ）、 ユニット型 型介護医療院サービス費（ ）（ ）（ ）、 ユニット型 型特別介護医療院サービス費（ ）（ ） | <p>型療養床のすべての入所者について、医療資源を最も投入した傷病名を、医科診療報酬における診断群分類（DPC）コードの上6桁を用いて基本摘要欄の摘要種類を「01：DPC コード(疾患コード)」とし、内容に記載すること。ただし、平成30年9月30日までにおいては、適切なコーディングが困難な場合、XXXXXX と記載すること。</p> <p>下記イから又までに適合する入所者については、基本摘要欄の摘要種類を「02：利用者状態等コード」とし、内容にその状態を記載すること。なお、複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載すること。</p> <p>例1 050050,イ （傷病名が慢性虚血性心疾患で、下記のイに該当する場合）</p> <p>例2 110280,ハD （傷病名が慢性腎不全で、下記のハDに該当する場合）</p> <p>例3 040120 （傷病名が慢性閉塞性肺疾患で、下記のイから又までに該当しない場合） イ～又 （略）</p> |

「医科診療報酬における診断群分類（DPC）コードの上6桁」については、厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名（平成二十八年厚生労働省告示第七十五号）の規定に基づき記載すること。具体的には「DPC / PDPS 傷病名コーディングテキスト改訂版（平成28年4月厚生労働省保険局医療課）」を参照すること。なお、詳細は別途通知するところによるものとする。

様式第一（附則第二条関係）

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|----|
| 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月分 |
|----|---|---|---|---|---|----|

介護給付費請求書

記載例 10-1

難病の認定を受けた生保単独受給者が居宅療養管理指導を受けた場合の介護給付費請求書

| | | | | | | | | | | | |
|-------|-----|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 事業所番号 | 9 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| 請求事業所 | 名称 | 病院 1 | | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 9 9 9 - 9 9 9 9 県 市 | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 999-9999-9999 | | | | | | | | | |

保 険 者

（別 記）殿

下記のとおり請求します。 平成 30年 5月 8日

保険請求

| 区 分 | サービス費用 | | | | | | 特定入所者介護サービス費等 | | | | |
|-------------------------------------|--------|------------|----------|-----------|-----------|-----------|---------------|----------|-----------|-----------|-----------|
| | 件 数 | 単位数 ・点数 | 費用 合計 | 保険 請求額 | 公費 請求額 | 利用者 負担 | 件数 | 費用 合計 | 利用者 負担 | 公費 請求額 | 保険 請求額 |
| 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等 | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援・ 介護予防支援 | | | | | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | | | | | |

公費請求

| 区 分 | サービス費用 | | | | 特定入所者介護サービス費等 | | |
|--|--------|------------|----------|-----------|---------------|----------|-----------|
| | 件 数 | 単位数 ・点数 | 費用 合計 | 公費 請求額 | 件数 | 費用 合計 | 公費 請求額 |
| 12 生保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等 | | | | | | | |
| 生保 居宅介護支援・ 介護予防支援 | | | | | | | |
| 10 感染症 37条の2 | | | | | | | |
| 21 障自・通院医療 | | | | | | | |
| 15 障自・更生医療 | | | | | | | |
| 19 原爆・一般 | | | | | | | |
| 54 難病法 | 1 | 1006 | 10060 | 10060 | | | |
| 51 特定疾患等 治療研究 | | | | | | | |
| 81 被爆者助成 | | | | | | | |
| 86 被爆体験者 | | | | | | | |
| 87 有機ヒ素・緊急措置 | | | | | | | |
| 88 水俣病総合対策 メチル水銀 | | | | | | | |
| 66 石綿・救済措置 | | | | | | | |
| 58 障害者・支援措置（全 額免除） | | | | | | | |
| 25 中国残留邦人等 | | | | | | | |
| 合 計 | | | | 10060 | | | |

様式第二（附則第二条関係）

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

記載例 10-2

（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・福祉用具修繕・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）

難病の認定を受けた生保単独受給者が居宅療養管理指導を受けた場合の介護給付費明細書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|---------------|------|------|----|-----|-----|---|-------|----|---|-------|-----|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | 5 | 4 | 9 | 0 | 2 | 0 | 1 | 3 | 平成 | 3 | | | | | | | | | | | |
| 公費受給者番号 | 9 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 保険者番号 | 9 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 | | | | | | | |
| 被保険者番号 | H | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 事業所番号 | 9 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| (フリガナ) | カイゴ ハナコ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | 介護 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 | 要介護 1・2・3・4・5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月 | 0 | 1 | 日 | から | 連絡先 | 電話番号 099-9999-9999 | | | | | | | | |
| | 平成 | 3 | 1 | 年 | 0 | 3 | 月 | 3 | 1 | 日 | まで | | | | | | | | | | |

生保単独受給者であるが、難病の認定を受け、かつ難病が適用されるサービス（居宅療養管理指導）を受けている。そのため、優先順位として難病公費から介護給付費が支払われる。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|---|--|--|---|--|--|---|--|--|-------|-------|----|--|--|---|--|--|---|--|--|---|
| 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 | | | | | | | | | 事業所名称 | | | | | | | | | | | |
| 開始年月日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | | 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 9.介護医療院入所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 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 | | | | | | | | |
|--------------|---------|---|---|---|---|---|-----|----|---------|-------|---------|----|---|---|---|---|---|---|---|------|
| | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| 医師居宅療養管理指導 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 0 | 3 | 2 | 1 | 0 | 0 | 6 | 2 | 1 | 0 | 0 | 6 | 6,21 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 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 | 施設所在保険者番号 | 摘要 |
|--------|---------|--|--|--|--|--|-----|----|---------|-------|---------|-----------|----|
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|-------------------|---|---|----------|---|------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|---|---|---|---|---|
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | サービス実日数 | 2 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 給付率 (/100) | | | | | |
| | 給付単位数 (のうち少ない数) + | | | 1 | 0 | 0 | 6 | | | | | | | | | | | | | 保険 | 0 | | | | |
| | 公費分単位数 | | | 1 | 0 | 0 | 6 | | | | | | | | | | | | | 公費 | 1 | 0 | 0 | | |
| | 単位数単価 | 1 | 0 | 0 | 0 | 円/単位 | | | | | | | | | | | | | | 合計 | | | | | |
| | 保険請求額 | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| | 利用者負担額 | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |
| 公費請求額 | | | 1 | 0 | 0 | 6 | 0 | | | | | | | | | | | | | | 1 | 0 | 0 | 6 | 0 |
| 公費分本人負担 | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | |

| | | | | | | | |
|---------------|-----|--|---|-------------------|---------|---------------|----|
| 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 (円) | 備考 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

給付管理票（平成 30年 4月分）

記載例 1 1 - 1
 難病の認定を受けた生保単独受給者が訪問看護を受けた場合の給付管理票

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---|---|---|-----|---|--------------------------------|--|---|--|-----------|--|
| 保険者番号 | | | | | | 保険者名 | | | | | |
| 9 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 県 市 | | | | | |
| 被保険者番号 | | | | | | 被保険者氏名 | | | | | |
| H | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | フリガナ カイゴ イチロウ | | | | | |
| 2 | 2 | 2 | | | | 介護 一郎 | | | | | |
| 生年月日 | | | | 性別 | | 要支援・要介護状態区分等 | | | | | |
| 明・大 昭 30年 3月 3日 | | | | 男・女 | | 事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 | | | | | |
| 居宅サービス・介護予防サービス・総合事業 支給限度基準額 | | | | | | 限度額適用期間 | | | | | |
| 16,692 単位 / 月 | | | | | | 平成 30年 4月 | | ~ | | 平成 31年 3月 | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------|--|--|---------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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・地域包括支援センター作成 | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護 / 介護予防 支援事業所番号 | | | | 9 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 担当介護支援専門員番号 | | | | 9 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 2 | | |
| 居宅介護 / 介護予防 支援事業者の事業所名 | | | | 支援事業所 2 | | | | | | | | | |
| 支援事業者の 事業所所在地及び連絡先 | | | | 県 市 5 - 5 - 5 | | | | | | | | | |
| 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・総合事業 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---------------------------|---------------|---------|---|---|---|---|---|
| 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 / 総合事業識別 | サービス 種類名 | サービス 種類コード | 給付計画単位数 | | | | | |
| サービス事業所 2 | 9 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | 訪問看護 | 1 | 3 | 3 | 1 | 0 | 0 |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | | | | | |
| 合計 | | | | | | | | | | | | | | 3 | 1 | 0 | 0 | |

様式第一（附則第二条関係）

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|----|
| 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月分 |
|----|---|---|---|---|---|----|

介護給付費請求書

記載例 1 1 - 2
 難病の認定を受けた生保単独受給者がサービス事業所より訪問看護を受けた場合の介護給付費請求書

| | | |
|-------|-----|------------------------------------|
| 事業所番号 | 9 | 0 |
| 請求事業所 | 名称 | サービス事業所 2 |
| | 所在地 | 〒 9 9 9 - 9 9 9 9 県 市 5 - 5 - 5 |
| | 連絡先 | 999-9999-9999 |

保 険 者

（別 記）殿

下記のとおり請求します。 平成 30年 5月 6日

保険請求

| 区 分 | サービス費用 | | | | | | 特定入所者介護サービス費等 | | | | |
|-------------------------------------|--------|------------|----------|-----------|-----------|-----------|---------------|----------|-----------|-----------|-----------|
| | 件 数 | 単位数 ・点数 | 費用 合計 | 保険 請求額 | 公費 請求額 | 利用者 負担 | 件数 | 費用 合計 | 利用者 負担 | 公費 請求額 | 保険 請求額 |
| 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等 | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援・ 介護予防支援 | | | | | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | | | | | |

公費請求

| 区 分 | サービス費用 | | | | 特定入所者介護サービス費等 | | |
|--|--------|------------|----------|-----------|---------------|----------|-----------|
| | 件 数 | 単位数 ・点数 | 費用 合計 | 公費 請求額 | 件数 | 費用 合計 | 公費 請求額 |
| 12 生保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等 | | | | | | | |
| 生保 居宅介護支援・ 介護予防支援 | | | | | | | |
| 10 感染症 37条の2 | | | | | | | |
| 21 障自・通院医療 | | | | | | | |
| 15 障自・更生医療 | | | | | | | |
| 19 原爆・一般 | | | | | | | |
| 54 難病法 | 1 | 3100 | 34255 | 34255 | | | |
| 51 特定疾患等 治療研究 | | | | | | | |
| 81 被爆者助成 | | | | | | | |
| 86 被爆体験者 | | | | | | | |
| 87 有機ヒ素・緊急措置 | | | | | | | |
| 88 水俣病総合対策 メチル水銀 | | | | | | | |
| 66 石綿・救済措置 | | | | | | | |
| 58 障害者・支援措置（全 額免除） | | | | | | | |
| 25 中国残留邦人等 | | | | | | | |
| 合 計 | | | | 34255 | | | |

様式第二（附則第二条関係）

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

記載例 1 1 - 3

（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・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）
複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）

難病の認定を受けた生保単独受給者が訪問看護を受けた場合の介護給付費明細書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|---|-------------------|-------|------------------|---------|-------|---------|--------------------------|----|---|---|--------------|---|---|---|----|-------|---------------------|--|--|---|---|---|---|---|---|--|-------|---------|--|--|--|--|
| 公費負担者番号 | | | | | | | | | | 5 | 4 | 9 | 0 | 2 | 0 | 1 | 3 | 平成 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 公費受給者番号 | | | | | | | | | | 9 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 保険者番号 | | | | 9 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | | | | | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | H 0 0 0 0 0 0 2 2 | | | | | | | | | | | | | | | 事業所番号 | 9 0 7 0 0 0 1 2 2 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (フリガナ) | カイゴ イチロウ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 介護 一郎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 1.明治 2.大正 3.昭和 | | | | 性別 | | 3 0 年 0 3 月 0 3 日 1.男 2. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要介護状態区分 | 要介護 1・2・3・4・5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 平成 3 0 年 0 4 月 0 1 日 から 平成 3 1 年 0 3 月 3 1 日 まで | | | | | | | | | | | | | | | | 連絡先 | 電話番号 999-9999-9999 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 9 0 7 0 0 0 2 2 2 2 | | | | | | | | | | 事業所名称 | 支援事業所 2 | | | | |
| 開始年月日 | 平成 年 月 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 9.介護医療院入所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 訪問看護 1 | 1 3 1 0 1 0 | 3 1 0 | 1 0 | 3 1 0 0 | 1 0 | 3 1 0 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付費明細欄 (住所地特例対象者) | 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 | 施設所在保険者番号 | 摘要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請求額集計欄 | サービス種類コード / 名称 | 1 3 訪問看護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | サービス実日数 | 1 0 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 計画単位数 | 3 1 0 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 限度額管理対象単位数 | 3 1 0 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）+ | 3 1 0 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 公費分単位数 | 3 1 0 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 単位数単価 | 1 1 0 5 円/単位 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 保険請求額 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 利用者負担額 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 公費請求額 | 3 4 2 5 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 公費分本人負担 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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（円） | | | | 備考 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

生保単独受給者であるが、難病の認定を受け、かつ難病が適用されるサービス（訪問看護）を受けている。
そのため、優先順位として難病公費から介護給付費が支払われる。

様式第一（附則第二条関係）

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|----|
| 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月分 |
|----|---|---|---|---|---|----|

介護給付費請求書

記載例 1 1 - 4
 難病の認定を受けた生保単独受給者が
 居宅支援事業所より給付管理を受けた
 場合の介護給付費請求書

| | | | | | | | | | | | |
|-------|-----|------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 事業所番号 | 9 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | |
| 請求事業所 | 名称 | 支援事業所 2 | | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 9 9 9 - 9 9 9 9 県 市 5 - 5 - 5 | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 999-9999-9999 | | | | | | | | | |

保 険 者

（別 記）殿

下記のとおり請求します。 平成 30年 5月 6日

保険請求

| 区 分 | サービス費用 | | | | | | 特定入所者介護サービス費等 | | | | |
|-------------------------------------|--------|------------|----------|-----------|-----------|-----------|---------------|----------|-----------|-----------|-----------|
| | 件 数 | 単位数 ・点数 | 費用 合計 | 保険 請求額 | 公費 請求額 | 利用者 負担 | 件数 | 費用 合計 | 利用者 負担 | 公費 請求額 | 保険 請求額 |
| 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等 | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援・ 介護予防支援 | | | | | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | | | | | |

公費請求

| 区 分 | サービス費用 | | | | 特定入所者介護サービス費等 | | |
|--|--|------------|----------|-----------|---------------|----------|-----------|
| | 件 数 | 単位数 ・点数 | 費用 合計 | 公費 請求額 | 件数 | 費用 合計 | 公費 請求額 |
| 12 生保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等 | | | | | | | |
| 12 生保 居宅介護支援・ 介護予防支援 | 1 | 1042 | 11514 | 11514 | | | |
| 10 感染症 37条の2 | | | | | | | |
| 21 障自・通院医療 | | | | | | | |
| 15 障自・更生医療 | | | | | | | |
| 19 原爆・一般 | サービス計画費は生保で請求する (サービス計画費は難病の給付対象とはならない) | | | | | | |
| 54 難病法 | | | | | | | |
| 51 特定疾患等 治療研究 | | | | | | | |
| 81 被爆者助成 | | | | | | | |
| 86 被爆体験者 | | | | | | | |
| 87 有機ヒ素・緊急措置 | | | | | | | |
| 88 水俣病総合対策 メチル水銀 | | | | | | | |
| 66 石綿・救済措置 | | | | | | | |
| 58 障害者・支援措置(全 額免除) | | | | | | | |
| 25 中国残留邦人等 | | | | | | | |
| 合 計 | | | | 11514 | | | |

居宅介護支援介護給付費明細書

記載例 1 1 - 5

難病の認定を受けた生保単独受給者の居宅介護支援介護給付費明細書

平成

公費負担者番号 1 2 9 0 2 0 1 5

保険者番号 9 0 2 0 1 0

| | | | | |
|---|-------|-----------------|---|-----------------|
| 居宅介護支援事業者 | 事業所番号 | 9 0 7 0 0 0 2 2 | 〒 | 9 9 9 - 9 9 9 9 |
| | 事業所名称 | 支援事業所 2 | | |
| 生保単独受給者であるため、サービス計画費は生保より支払われる （サービス計画費は難病の給付対象とはならない） | | | | |
| 単位数単価 | | 1 1 0 5 （円/単位） | | |

| 項番 | 被保険者 | 被保険者番号 | (フリガナ) | | | | | | | | | | 性別 |
|----|------|---------------------|-------------------|-------------|----|----------------------|-----------------|----------------------|---------|----|----------------------|-----------|-----------|
| | | H 0 0 0 0 0 0 2 2 2 | カイゴ イチロウ | | | | | | | | | | |
| 1 | 被保険者 | 公費受給者番号 | 氏名 | | | | | | | | | | 1.男 2.女 |
| | | 9 9 0 0 0 0 0 2 | 介護 一郎 | | | | | | | | | | 1.男 |
| | 被保険者 | 生年月日 | 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 | | | | 要介護状態区分 | 要介護 1 2・3・4・5 | 認定有効期間 | 平成 | 3 0 年 0 4 月 0 1 日 から | | |
| | | | 3 0 年 0 3 月 0 3 日 | 1 | 平成 | 3 1 年 0 3 月 3 1 日 まで | | | | | | | |
| | 被保険者 | 担当介護支援専門員番号 | 9 0 2 0 1 0 0 2 | | | | サービス計画作成依頼届出年月日 | 平成 3 0 年 0 3 月 2 8 日 | | | | | |
| | | | サービス内容 | | | | | | | | | | サービス単位数合計 |
| | 被保険者 | 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 | | 摘要 | サービス単位数合計 | |
| | | 居宅支援 1 | | 4 3 2 1 1 1 | | | 1 0 4 2 | 1 | 1 0 4 2 | | | 1 0 4 2 | |
| | | | | | | | | | | | | 請求額合計 | |
| | | | | | | | | | | | | 1 1 5 1 4 | |
| 項番 | 被保険者 | 被保険者番号 | (フリガナ) | | | | | | | | | | 性別 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | 被保険者 | 公費受給者番号 | 氏名 | | | | | | | | | | 1.男 2.女 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | 被保険者 | 生年月日 | 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 | | | | 要介護状態区分 | 要介護 1・2・3・4・5 | 認定有効期間 | 平成 | 年 月 日 から | | |
| | | | 年 月 日 | 1 | 平成 | 年 月 日 まで | | | | | | | |
| | 被保険者 | 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 年 月 日 | | | | | |
| | | | サービス内容 | | | | | | | | | | サービス単位数合計 |
| | 被保険者 | 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 | | 摘要 | サービス単位数合計 | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 請求額合計 | |
| | | | | | | | | | | | | | |

給付管理票（平成 30年 4月分）

記載例 1 2 - 1

月途中で難病の認定を受けた生保単
独受給者が訪問看護を受けた場合の
給付管理票

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|---|---|-------|---|---|--------------|--------------------------------|--------------|--|--|--|--|
| 保険者番号 | | | | | | 保険者名 | | | | | | |
| 9 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 県 市 | | | | | | |
| 被保険者番号 | | | | | | 被保険者氏名 | | | | | | |
| H | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | フリガナ カイゴ シロウ | | | | | | |
| 3 | 3 | 3 | 介護 二郎 | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | | | 性別 | 要支援・要介護状態区分等 | | | | | |
| 明・大・昭 30年 3月 3日 | | | | | | 男・女 | 事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 | | | | | |
| 居宅サービス・介護予防サービス・ 総合事業 支給限度基準額 | | | | | | 限度額適用期間 | | | | | | |
| 16,692 単位 / 月 | | | | | | 平成 30年 4月 | ~ | 平成 31年 3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・地域包括支援センター作成 | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護 / 介護予防 支援事業所番号 | | | | 9 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 3 |
| 担当介護支援専門員番号 | | | | 9 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | |
| 居宅介護 / 介護予防 支援事業者の事業所名 | | | | 支援事業所 3 | | | | | | | | | |
| 支援事業者の 事業所所在地及び連絡先 | | | | 県 市 5 - 5 - 5 | | | | | | | | | |
| 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・総合事業 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|---|---|---|---|---|--|-------------|---------------|---------|---------------------------|------|---|---|---|---|---|---|
| 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 / 総合事業識別 | サービス 種類名 | サービス 種類コード | 給付計画単位数 | | | | | | | | |
| サービス事業所 3 | 9 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 3 | 3 | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | 訪問看護 | 1 | 3 | 3 | 1 | 0 | 0 |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | | | | | |
| 合計 | | | | | | | | | | | | 3 | 1 | 0 | 0 | | | |

様式第一（附則第二条関係）

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|----|
| 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月分 |
|----|---|---|---|---|---|----|

介護給付費請求書

記載例 1 2 - 2
 月途中で難病の認定を受けた生保単
 独受給者が訪問看護を受けた場合の
 介護給付費請求書

| | | | | | | | | | | |
|-------|-----|------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 事業所番号 | 9 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 3 | 3 |
| 請求事業所 | 名称 | サービス事業所 3 | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 9 9 9 - 9 9 9 9 県 市 5 - 5 - 5 | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 999-9999-9999 | | | | | | | | |

保 険 者

（別 記）殿

下記のとおり請求します。 平成 30年 5月 6日

保険請求

| 区 分 | サービス費用 | | | | | | 特定入所者介護サービス費等 | | | | |
|-------------------------------------|--------|------------|----------|-----------|-----------|-----------|---------------|----------|-----------|-----------|-----------|
| | 件 数 | 単位数 ・点数 | 費用 合計 | 保険 請求額 | 公費 請求額 | 利用者 負担 | 件数 | 費用 合計 | 利用者 負担 | 公費 請求額 | 保険 請求額 |
| 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等 | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援・ 介護予防支援 | | | | | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | | | | | |

公費請求

| 区 分 | サービス費用 | | | | 特定入所者介護サービス費等 | | |
|--|--------|------------|----------|-----------|---------------|----------|-----------|
| | 件 数 | 単位数 ・点数 | 費用 合計 | 公費 請求額 | 件数 | 費用 合計 | 公費 請求額 |
| 12 生保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等 | 1 | 3100 | 34255 | 17128 | | | |
| 10 感染症 37条の2 | | | | | | | |
| 21 障自・通院医療 | | | | | | | |
| 15 障自・更生医療 | | | | | | | |
| 19 原爆・一般 | | | | | | | |
| 54 難病法 | 1 | 3100 | 34255 | 17127 | | | |
| 51 特定疾患等 治療研究 | | | | | | | |
| 81 被爆者助成 | | | | | | | |
| 86 被爆体験者 | | | | | | | |
| 87 有機ヒ素・緊急措置 | | | | | | | |
| 88 水俣病総合対策 メチル水銀 | | | | | | | |
| 66 石綿・救済措置 | | | | | | | |
| 58 障害者・支援措置（全 額免除） | | | | | | | |
| 25 中国残留邦人等 | | | | | | | |
| 合 計 | | | | 34255 | | | |

月途中で難病の認定を受けた生保単独受給者は、難病と生保から支払いが発生する

様式第二（附則第二条関係）

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

記載例 1 2 - 3（1枚目）

（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・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）

月途中で難病の認定を受けた生保単
独受給者が訪問看護を受けた場合の
介護給付費明細書

| | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | 5 | 4 | 9 | 0 | 2 | 0 | 1 | 3 |
| 公費受給者番号 | 9 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | |

| | | | | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|---|--|--|--|
| 平成 | | | | | | | | | |
| 保険者番号 | 9 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|------|---------|-------------------------|-------------------------|------|----|-----|-----|--|--|--|--|
| 被保険者 | 被保険者番号 | H 0 0 0 0 0 0 3 3 3 | | | | | | | | | |
| | (フリガナ) | カイゴ シロウ | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 介護 二郎 | | | | | | | | | |
| | 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 | 要介護 1・2・3・4・5 | | | | | | | | | |
| | 認定有効期間 | 平成 3 0 年 0 4 月 0 1 日 から | 平成 3 1 年 0 3 月 3 1 日 まで | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-------|-------|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 請求事業者 | 事業所番号 | 9 0 7 0 0 0 1 3 3 3 | | | | | | | | | |
| | 事業所名称 | サービス事業所 3 | | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 9 9 9 - 9 9 9 9 県 市 5 - 5 - 5 | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 999-9999-9999 | | | | | | | | | |

| | | | |
|----------|---------------|---------------------|-------|
| 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 | 9 0 7 0 0 0 2 3 3 3 | 事業所名称 |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|--|---|--|---|--|---|-------|----|--|---|--|---|--|---|
| 開始年月日 | 平成 | | 年 | | 月 | | 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 9.介護医療院入所 | | | | | | | | | | | | | | |

| 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 |
|--|--------|-------------|-----------|---------|---------|-------|---------|----|
| | 訪問看護 1 | 1 3 1 0 1 0 | 3 1 0 1 0 | 3 1 0 0 | 3 1 0 0 | 5 | 1 5 5 0 | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 生保単独受給者が月の途中で難病の認定を受けた場合、一枚目に難病分、二枚目に生保分の請求を作成する </div> | | | | | | | | |

| 給付費明細欄 (住所地特例対象者) | 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 | 施設所在保険者番号 | 摘要 |
|----------------------|--------|---------|-----|----|---------|-------|---------|-----------|----|
| | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---------|-----------------|---------|--------|--|--|--|--|--|-----------|------------|
| 請求額集計欄 | サービス種類コード / 名称 | 1 3 | 訪問看護 | | | | | | | |
| | サービス実日数 | 1 0 | 日 | | | | | | | |
| | 計画単位数 | 3 1 0 0 | | | | | | | | |
| | 限度額管理対象単位数 | 3 1 0 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)+ | 3 1 0 0 | | | | | | | | 保険 0 |
| | 公費分単位数 | 1 5 5 0 | | | | | | | | 公費 1 0 0 |
| | 単位数単価 | 1 1 0 5 | 円 / 単位 | | | | | | | 合計 |
| | 保険請求額 | 0 | | | | | | | | 0 |
| | 利用者負担額 | 0 | | | | | | | | 0 |
| 公費請求額 | 1 7 1 2 7 | | | | | | | | 1 7 1 2 7 | |
| 公費分本人負担 | 0 | | | | | | | | 0 | |

| | | | | | | |
|---------------|-----|---|------------------|--------|--------------|----|
| 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(円) | 備考 |
| | | | | | | |

様式第二（附則第二条関係）

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

記載例 1 2 - 3（2 枚目）

（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・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護（短期利用以外
複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多

月途中で難病の認定を受けた生保単
独受給者が訪問看護を受けた場合の
介護給付費明細書

| | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | 1 | 2 | 9 | 0 | 2 | 0 | 1 | 5 |
| 公費受給者番号 | 9 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | |

| | |
|-------|-------------|
| 平成 | |
| 保険者番号 | 9 0 2 0 1 0 |

| | | | | | | | | |
|---------|---------------------|-------|-------|-------|-----|-----|--|--|
| 被保険者番号 | H 0 0 0 0 0 0 3 3 3 | | | | | | | |
| (フリガナ) | カイゴ ジロウ | | | | | | | |
| 氏名 | 介護 二郎 | | | | | | | |
| 生年月日 | 1.明治 | 2.大正 | 3.昭和 | 性別 | 1.男 | 2.女 | | |
| | 3 0 年 | 0 3 月 | 0 3 日 | | 1.男 | 2.女 | | |
| 要介護状態区分 | 要介護 1・2・3・4・5 | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 平成 | 3 0 年 | 0 4 月 | 0 1 日 | から | | | |
| | 平成 | 3 1 年 | 0 3 月 | 3 1 日 | まで | | | |

| | | | | | | | | |
|-------|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所番号 | 9 0 7 0 0 0 1 3 3 3 | | | | | | | |
| 事業所名称 | サービス事業所 3 | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 9 9 9 - 9 9 9 9 | | | | | | | |
| | 県 市 5 - 5 - 5 | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 999-9999-9999 | | | | | | | |

| | | | |
|----------|---------------------|-------------|---------|
| 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 | 9 0 7 0 0 0 2 3 3 3 | 事業所名称 | 支援事業所 3 |

| | | | | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|-------|----|---|---|---|
| 開始年月日 | 平成 | 年 | 月 | 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 9.介護医療院入所 | | | | | | | | |

| 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 |
|--|-------------|-------|-----|---------|-------|---------|----|
| 訪問看護 1 | 1 3 1 0 1 0 | 3 1 0 | 1 0 | 3 1 0 0 | 5 | 1 5 5 0 | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 生保単独受給者が月の途中で難病の認定を受けた場合、一枚目に難病分、二枚目に生保分の請求を作成する </div> | | | | | | | |

| 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 | 施設所在保険者番号 | 摘要 |
|--------|---------|-----|----|---------|-------|---------|-----------|----|
| | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|-----------------|---------|-----------|--|--|--|--|--|--|
| サービス種類コード / 名称 | 1 3 | 訪問看護 | | | | | | |
| サービス実日数 | 1 0 | 日 | | | | | | |
| 計画単位数 | | 3 1 0 0 | | | | | | |
| 限度額管理対象単位数 | | 3 1 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）+ | | 3 1 0 0 | | | | | | |
| 公費分単位数 | | 1 5 5 0 | | | | | | |
| 単位数単価 | 1 1 0 5 | 円 / 単 | | | | | | |
| 保険請求額 | | 0 | | | | | | |
| 利用者負担額 | | 0 | | | | | | |
| 公費請求額 | | 1 7 1 2 8 | | | | | | |
| 公費分本人負担 | | 0 | | | | | | |

（参考）集計欄の「公費請求額」の計算方法
 100%の金額
 $3100 \times 11.05 = 34255$
 公費 1 分の公費請求額（難病）
 $1550 \times 11.05 = 17127$
 公費 2 分の公費請求額（生保）
 $34255 - 17127 = 17128$
 《》は、囲まれた部分の計算結果の小数点以下を切り捨てることを示す

| | | | | | | |
|---------------|-----|---|------------------|--------|--------------|----|
| 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（円） | 備考 |
| | | | | | | |

様式第一（附則第二条関係）

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|----|
| 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月分 |
|----|---|---|---|---|---|----|

介護給付費請求書

記載例 1 2 - 4

月途中で難病の認定を受けた生保単
独受給者が居宅支援事業所より給付
管理を受けた場合の介護給付費請求
書

| | | |
|-------|-----|------------------------------------|
| 事業所番号 | 9 | 0 |
| 請求事業所 | 名称 | 支援事業所 3 |
| | 所在地 | 〒 9 9 9 - 9 9 9 9 県 市 5 - 5 - 5 |
| | 連絡先 | 999-9999-9999 |

保 険 者

（別 記）殿

下記のとおり請求します。 平成 30年 5月 6日

保険請求

| 区 分 | サービス費用 | | | | | | 特定入所者介護サービス費等 | | | | |
|-------------------------------------|--------|------------|----------|-----------|-----------|-----------|---------------|----------|-----------|-----------|-----------|
| | 件 数 | 単位数 ・点数 | 費用 合計 | 保険 請求額 | 公費 請求額 | 利用者 負担 | 件数 | 費用 合計 | 利用者 負担 | 公費 請求額 | 保険 請求額 |
| 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等 | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援・ 介護予防支援 | | | | | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | | | | | |

公費請求

| 区 分 | サービス費用 | | | | 特定入所者介護サービス費等 | | |
|--|--------|------------|----------|-----------|---------------|----------|-----------|
| | 件 数 | 単位数 ・点数 | 費用 合計 | 公費 請求額 | 件数 | 費用 合計 | 公費 請求額 |
| 12 生保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等 | | | | | | | |
| 12 生保 居宅介護支援・ 介護予防支援 | 1 | 1042 | 11514 | 11514 | | | |
| 10 感染症 37条の2 | | | | | | | |
| 21 障自・通院医療 | | | | | | | |
| 15 障自・更生医療 | | | | | | | |
| 19 原爆・一般 | | | | | | | |
| 54 難病法 | | | | | | | |
| 51 特定疾患等 治療研究 | | | | | | | |
| 81 被爆者助成 | | | | | | | |
| 86 被爆体験者 | | | | | | | |
| 87 有機ヒ素・緊急措置 | | | | | | | |
| 88 水俣病総合対策 メチル水銀 | | | | | | | |
| 66 石綿・救済措置 | | | | | | | |
| 58 障害者・支援措置（全 額免除） | | | | | | | |
| 25 中国残留邦人等 | | | | | | | |
| 合 計 | | | | 11514 | | | |

サービス計画費は生保で請求する
（サービス計画費は難病の給付対象とはならない）

居宅介護支援介護給付費明細書

記載例 1 2 - 5

月途中で難病の認定を受けた生保単
独受給者の居宅介護支援介護給付費
明細書

平成

| | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | 1 | 2 | 9 | 0 | 2 | 0 | 1 | 5 |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | 9 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 |
|-------|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|-----------|-----------|---|---|---|---|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 居宅介護 支援事業者 | 事業所 番号 | 9 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 3 | 〒 | 9 | 9 | 9 | - | 9 | 9 | 9 |
| | 事業所 名称 | 支援事業所 3 | | | | | | | | | | 生保単独受給者であるため、サービス計画費は生保より支払われる （サービス計画費は難病の給付対象とはならない） | | | | | | |
| | | 単位数単 価 | 1 | 1 | 0 | 5 | （円/単位） | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|-----------------|-------------------|---|-----|-------------|---------|------------------|-----------|------------|-------------------------|-------------------------|--------|---------|---|---|---|----|---------|---------|---|----|--|--|
| 項 番 | 被保 険者 | 被保険者番号 | H | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 | 3 | (フリガナ) | カイゴ ジロウ | | | | | 性別 | 1.男 2.女 | | | | |
| | | 公費受給者番号 | 9 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 氏名 | 介護 二郎 | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 被保 険者 | 生年 月日 | 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 | | | 要介護 状態区分 | | 要介護 1・2・3・4・5 | | 認定 有効期間 | | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月 | 0 | 1 | 日 | から | | |
| | | | 3 | 0 | 年 | 0 | 3 | 月 | 0 | 3 | 日 | 平成 | 3 | 1 | 年 | 0 | 3 | 月 | 3 | 1 | 日 | まで | | |
| | 被保 険者 | 担当介護支援 専門員番号 | 9 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 3 | サービス計画 作成依頼 届出年月日 | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 3 | 月 | 2 | 8 | 日 | | | |
| 給 付 費 明 細 欄 | 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 | 摘要 | サービス単位数合計 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 居宅支援 1 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 4 | 2 | 1 | 0 | 4 | 2 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 請求額合計 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 1 | | 1 | 5 | 1 | 4 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 項 番 | 被保 険者 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | (フリガナ) | | | | | | 性別 | 1.男 2.女 | | | | | |
| | 被保 険者 | 公費受給者番号 | | | | | | | | | | 氏名 | | | | | | | | | | | | |
| | 被保 険者 | 生年 月日 | 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 | | | 要介護 状態区分 | | 要介護 1・2・3・4・5 | | 認定 有効期間 | | 平成 | | | 年 | | | 月 | | | 日 | から | | |
| | 被保 険者 | | | | 年 | | | 月 | | | 日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | | 日 | まで | | |
| | 被保 険者 | 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 | | | 年 | | | 月 | | | 日 | | |
| 給 付 費 明 細 欄 | 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 | 摘要 | サービス単位数合計 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 請求額合計 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

給付管理票（平成 30年 4月分）

記載例 13-1

難病の認定を受けた生保単独受給者が訪問看護と訪問介護を受けた場合の給付管理票

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|---|---|---|---|---|---------------|--|------------------------------|--|--------------|--|--|--|
| 保険者番号 | | | | | | 保険者名 | | | | | | | |
| 9 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 県 市 | | | | | | | |
| 被保険者番号 | | | | | | 被保険者氏名 | | | | | | | |
| H | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | フリガナ カイゴ サブロウ | | | | | | | |
| 4 | 4 | 4 | | | | 介護 三郎 | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | | | 性別 | | 要支援・要介護状態区分等 | | | | | |
| 明・大 昭 30年 3月 3日 | | | | | | 男 女 | | 事業対象者 要支援1・2 要介護1 2・3・4・5 | | | | | |
| 居宅サービス・介護予防サービス・ 総合事業 支給限度基準額 | | | | | | 限度額適用期間 | | | | | | | |
| 16,692 単位 / 月 | | | | | | 平成 30年 4月 | | ~ | | 平成 31年 3月 | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------|--|--|---------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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・地域包括支援センター作成 | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護 / 介護予防 支援事業所番号 | | | | 9 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 2 | 4 | 4 | 4 |
| 担当介護支援専門員番号 | | | | 9 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 4 | | |
| 居宅介護 / 介護予防 支援事業者の事業所名 | | | | 支援事業所 4 | | | | | | | | | |
| 支援事業者の 事業所所在地及び連絡先 | | | | 県 市 5 - 5 - 5 | | | | | | | | | |
| 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・総合事業 | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|-------------|---------------|---------|
| 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 / 総合事業識別 | サービス 種類名 | サービス 種類コード | 給付計画単位数 |
| サービス事業所 4 | 9 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 4 | 4 | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | 訪問看護 | 1 3 | 3 1 0 0 |
| サービス事業所 4 | 9 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 4 | 4 | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | 訪問介護 | 1 1 | 2 4 5 0 |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業 | | | |
| 合計 | | | | | | | | | | | | | 5 5 5 0 | |

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|----|
| 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月分 |
|----|---|---|---|---|---|----|

介護給付費請求書

| | | | | | | | | | | |
|-------|-----|------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 事業所番号 | 9 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 4 | 4 |
| 請求事業所 | 名称 | サービス事業所 4 | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 9 9 9 - 9 9 9 9 県 市 5 - 5 - 5 | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 999-9999-9999 | | | | | | | | |

保 険 者

（別 記）殿

下記のとおり請求します。 平成 30年 5月 6日

保険請求

| 区 分 | サービス費用 | | | | | | 特定入所者介護サービス費等 | | | | |
|-------------------------------------|--------|------------|----------|-----------|-----------|-----------|---------------|----------|-----------|-----------|-----------|
| | 件 数 | 単位数 ・点数 | 費用 合計 | 保険 請求額 | 公費 請求額 | 利用者 負担 | 件数 | 費用 合計 | 利用者 負担 | 公費 請求額 | 保険 請求額 |
| 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等 | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援・ 介護予防支援 | | | | | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | | | | | |

公費請求

| 区 分 | サービス費用 | | | | 特定入所者介護サービス費等 | | |
|--|--------|------------|----------|-----------|---------------|----------|-----------|
| | 件 数 | 単位数 ・点数 | 費用 合計 | 公費 請求額 | 件数 | 費用 合計 | 公費 請求額 |
| 12 生保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等 | 1 | 5550 | 61327 | 27072 | | | |
| 生保 居宅介護支援・ 介護予防支援 | | | | | | | |
| 10 感染症 37条の2 | | | | | | | |
| 21 障自・通院医療 | | | | | | | |
| 15 障自・更生医療 | | | | | | | |
| 19 原爆・一般 | | | | | | | |
| 54 難病法 | 1 | 5550 | 61327 | 34255 | | | |
| 51 特定疾患等 治療研究 | | | | | | | |
| 81 被爆者助成 | | | | | | | |
| 86 被爆体験者 | | | | | | | |
| 87 有機ヒ素・緊急措置 | | | | | | | |
| 88 水俣病総合対策 メチル水銀 | | | | | | | |
| 66 石綿・救済措置 | | | | | | | |
| 58 障害者・支援措置（全 額免除） | | | | | | | |
| 25 中国残留邦人等 | | | | | | | |
| 合 計 | | | | 61327 | | | |

様式第二（附則第二条関係）

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

記載例 13-3（1枚目）

（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・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）
 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）

難病の認定を受けた生保単独受給者が訪問看護と訪問介護を受けた場合の介護給付費明細書

| | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | 5 | 4 | 9 | 0 | 2 | 0 | 1 | 3 |
| 公費受給者番号 | 9 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | |

| | | | | | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 平成 | 9 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | | | | |
| 保険者番号 | 9 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 4 | 4 |

| | | | | | | | | | | | |
|--------|-------------------------|-------------------------|------|------|----|-----|-----|--|--|--|--|
| 被保険者 | 被保険者番号 | H 0 0 0 0 0 0 4 4 4 | | | | | | | | | |
| | (フリガナ) | カイゴ サブロウ | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 介護 三郎 | | | | | | | | | |
| | 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 | 要介護 1・2・3・4・5 | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 平成 3 0 年 0 4 月 0 1 日 から | 平成 3 1 年 0 3 月 3 1 日 まで | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-------|-------|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 請求事業者 | 事業所番号 | 9 0 7 0 0 0 1 4 4 4 | | | | | | | | | |
| | 事業所名称 | サービス事業所 4 | | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 9 9 9 - 9 9 9 9 県 市 5 - 5 - 5 | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 999-9999-9999 | | | | | | | | | |

| | | | |
|----------|---------------|---------------------|-------|
| 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 | 9 0 7 0 0 0 2 4 4 4 | 事業所名称 |

| | | | | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|-------|----|---|---|---|
| 開始年月日 | 平成 | 年 | 月 | 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 9.介護医療院入所 | | | | | | | | |

| 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 1 | 1 1 1 1 1 1 | 2 4 5 | 1 0 | 2 4 5 0 | 0 | 0 | |
| 訪問看護 1 | 1 3 1 0 1 0 | 3 1 0 | 1 0 | 3 1 0 0 | 1 0 | 3 1 0 0 | | |
| 難病を認定された生保単独受給者が難病を適用されるサービス（訪問看護）と難病を適用されないサービス（訪問介護）を同時に受けた場合、一枚目に難病分の請求、二枚目に生保分の請求を記載する | | | | | | | | |

| 給付費明細欄 (住所地特例対象者) | 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 | 施設所在保険者番号 | 摘要 |
|----------------------|--------|---------|-----|----|---------|-------|---------|-----------|----|
| | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---------|-----------------|--------------|--------------|--|--|--|--|--|-----------|----|
| 請求額集計欄 | サービス種類コード / 名称 | 1 1 訪問介護 | 1 3 訪問看護 | | | | | | | |
| | サービス実日数 | 1 0 日 | 1 0 日 | | | | | | | |
| | 計画単位数 | 2 4 5 0 | 3 1 0 0 | | | | | | | |
| | 限度額管理対象単位数 | 2 4 5 0 | 3 1 0 0 | | | | | | | |
| | 限度額管理対象外単位数 | 0 | 0 | | | | | | 給付率（/100） | |
| | 給付単位数（のうち少ない数）+ | 2 4 5 0 | 3 1 0 0 | | | | | | 保険 0 | |
| | 公費分単位数 | 0 | 3 1 0 0 | | | | | | 公費 1 0 0 | |
| | 単位数単価 | 1 1 0 5 円/単位 | 1 1 0 5 円/単位 | | | | | | | 合計 |
| | 保険請求額 | 0 | 0 | | | | | | | 0 |
| | 利用者負担額 | 0 | 0 | | | | | | | 0 |
| 公費請求額 | 0 | 3 4 2 5 5 | | | | | | | 3 4 2 5 5 | |
| 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 | | % | 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 |
| | | | | | | | |

様式第二（附則第二条関係）

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

記載例 1 3 - 3（2枚目）
 難病の認定を受けた生保単独受給者が訪問看護と訪問介護を受けた場合の介護給付費明細書

（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・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）

| | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | 1 | 2 | 9 | 0 | 2 | 0 | 1 | 5 |
| 公費受給者番号 | 9 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | |

| | | | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|---|--|--|
| 平成 | | | | | | | | |
| 保険者番号 | 9 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | | |

| | | | | | | | | | | |
|------|---------|-------------------------|-------------------------|------|----|-----|-----|--|--|--|
| 被保険者 | 被保険者番号 | H 0 0 0 0 0 0 4 4 4 | | | | | | | | |
| | (フリガナ) | カイゴ サブロウ | | | | | | | | |
| | 氏名 | 介護 三郎 | | | | | | | | |
| | 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 | 要介護 1・2・3・4・5 | | | | | | | | |
| | 認定有効期間 | 平成 3 0 年 0 4 月 0 1 日 から | 平成 3 1 年 0 3 月 3 1 日 まで | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-------|-------|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 請求事業者 | 事業所番号 | 9 0 7 0 0 0 1 4 4 4 | | | | | | | |
| | 事業所名称 | サービス事業所 4 | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 9 9 9 - 9 9 9 9 県 市 5 - 5 - 5 | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 999-9999-9999 | | | | | | | |

| | | | |
|----------|---------------|---------------------|-------|
| 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 | 9 0 7 0 0 0 2 4 4 4 | 事業所名称 |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|--|---|--|---|--|---|-------|----|--|---|--|---|--|---|
| 開始年月日 | 平成 | | 年 | | 月 | | 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 9.介護医療院入所 | | | | | | | | | | | | | | |

| 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 1 | 1 1 1 1 1 1 | 2 4 5 | 1 0 | 2 4 5 0 | 1 0 | 2 4 5 0 | |
| 訪問看護 1 | 1 3 1 0 1 0 | 3 1 0 | 1 0 | 3 1 0 0 | 0 | 0 | | |

難病を認定された生保単独受給者が難病を適用されるサービス（訪問看護）と難病を適用されないサービス（訪問介護）を同時に受けた場合、一枚目に難病分の請求、二枚目に生保分の請求を記載する

| 給付費明細欄 (住所地特例対象者) | 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 | 施設所在保険者番号 | 摘要 |
|----------------------|--------|---------|-----|----|---------|-------|---------|-----------|----|
| | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---------|-----------------|--------------|--------------|--|--|--|--|-----------|-----------|
| 請求額集計欄 | サービス種類コード / 名称 | 1 1 訪問介護 | 1 3 訪問看護 | | | | | | |
| | サービス実日数 | 1 0 日 | 1 0 日 | | | | | | |
| | 計画単位数 | 2 4 5 0 | 3 1 0 0 | | | | | | |
| | 限度額管理対象単位数 | 2 4 5 0 | 3 1 0 0 | | | | | | |
| | 限度額管理対象外単位数 | 0 | 0 | | | | | | 給付率（/100） |
| | 給付単位数（のうち少ない数）+ | 2 4 5 0 | 3 1 0 0 | | | | | | 保険 0 |
| | 公費分単位数 | 2 4 5 0 | 0 | | | | | | 公費 1 0 0 |
| | 単位数単価 | 1 1 0 5 円/単位 | 1 1 0 5 円/単位 | | | | | | 合計 |
| | 保険請求額 | 0 | 0 | | | | | | 0 |
| | 利用者負担額 | 0 | 0 | | | | | | 0 |
| 公費請求額 | 2 7 0 7 2 | 0 | | | | | | 2 7 0 7 2 | |
| 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 | % | 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 |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|----|
| 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月分 |
|----|---|---|---|---|---|----|

介護給付費請求書

| | | | | | | | | | | |
|-------|-----|------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 事業所番号 | 9 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 2 | 4 | 4 | 4 |
| 請求事業所 | 名称 | 支援事業所 4 | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 9 9 9 - 9 9 9 9 県 市 5 - 5 - 5 | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 999-9999-9999 | | | | | | | | |

保 険 者

（別 記）殿

下記のとおり請求します。 平成 30年 5月 6日

保険請求

| 区 分 | サービス費用 | | | | | | 特定入所者介護サービス費等 | | | | |
|-------------------------------------|--------|------------|----------|-----------|-----------|-----------|---------------|----------|-----------|-----------|-----------|
| | 件 数 | 単位数 ・点数 | 費用 合計 | 保険 請求額 | 公費 請求額 | 利用者 負担 | 件数 | 費用 合計 | 利用者 負担 | 公費 請求額 | 保険 請求額 |
| 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等 | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援・ 介護予防支援 | | | | | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | | | | | |

公費請求

| 区 分 | サービス費用 | | | | 特定入所者介護サービス費等 | | |
|--|--------|------------|----------|-----------|---------------|----------|-----------|
| | 件 数 | 単位数 ・点数 | 費用 合計 | 公費 請求額 | 件数 | 費用 合計 | 公費 請求額 |
| 12 生保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等 | | | | | | | |
| 12 生保 居宅介護支援・ 介護予防支援 | 1 | 1042 | 11514 | 11514 | | | |
| 10 感染症 37条の2 | | | | | | | |
| 21 障自・通院医療 | | | | | | | |
| 15 障自・更生医療 | | | | | | | |
| 19 原爆・一般 | | | | | | | |
| 54 難病法 | | | | | | | |
| 51 特定疾患等 治療研究 | | | | | | | |
| 81 被爆者助成 | | | | | | | |
| 86 被爆体験者 | | | | | | | |
| 87 有機ヒ素・緊急措置 | | | | | | | |
| 88 水俣病総合対策 メチル水銀 | | | | | | | |
| 66 石綿・救済措置 | | | | | | | |
| 58 障害者・支援措置（全 額免除） | | | | | | | |
| 25 中国残留邦人等 | | | | | | | |
| 合 計 | | | | 11514 | | | |

サービス計画費は生保で請求する
(サービス計画費は難病の給付対象とはならない)

居宅介護支援介護給付費明細書

記載例 13-5

難病の認定を受けた生保単独受給者の居宅介護支援介護給付費明細書

平成

公費負担者番号 1 2 9 0 2 0 1 5

保険者番号 9 0 2 0 1 0

| | | | | |
|---|-------|-----------------|--------|-----------------|
| 居宅介護支援事業者 | 事業所番号 | 9 0 7 0 0 0 2 4 | 〒 | 9 9 9 - 9 9 9 9 |
| | 事業所名称 | 支援事業所 4 | | |
| 生保単独受給者であるため、サービス計画費は生保より支払われる （サービス計画費は難病の給付対象とはならない） | | | | |
| 単位数単価 | | 1 1 0 5 | （円/単位） | |

| | | | | | | | | |
|---------|--------|-------------|---------------------|-----------------|----------------------|--------|--|--|
| 頂番 1 | 被保険者 | 被保険者番号 | H 0 0 0 0 0 0 4 4 4 | (フリガナ) | カイゴ サプロウ | 性別 | 1. 男 2. 女 | |
| | | 公費受給者番号 | 9 9 0 0 0 0 4 | 氏名 | 介護 三郎 | | | |
| | | 生年月日 | 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 | 要介護状態区分 | 1. 2. 3. 4. 5 | 認定有効期間 | 平成 3 0 年 0 4 月 0 1 日 から 平成 3 1 年 0 3 月 3 1 日 まで | |
| | | 担当介護支援専門員番号 | 9 0 2 0 1 0 0 4 | サービス計画作成依頼届出年月日 | 平成 3 0 年 0 3 月 2 8 日 | | | |
| 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 | 摘要 | サービス単位数合計 | |
| | 居宅支援 1 | 4 3 2 1 1 1 | 1 0 4 2 | 1 | 1 0 4 2 | | 1 0 4 2 | |
| | | | | | | | 請求額合計 | |
| | | | | | | | 1 1 5 1 4 | |
| | | | | | | | | |
| 頂番 | 被保険者 | 被保険者番号 | | (フリガナ) | | 性別 | 1. 男 2. 女 | |
| | | 公費受給者番号 | | 氏名 | | | | |
| | | 生年月日 | 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 | 要介護状態区分 | 1. 2. 3. 4. 5 | 認定有効期間 | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 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 年 月 日 | | | |
| 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 | 摘要 | サービス単位数合計 | |
| | | | | | | | 請求額合計 | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

様式第一（附則第二条関係）

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|----|
| 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月分 |
|----|---|---|---|---|---|----|

介護給付費請求書

記載例 1 4 - 1
 難病の認定を受けた生保単独受給者が介護療養型施設に入院し特定入所者介護サービスを受けた場合の介護給付費請求書

| | | |
|-------|-----|------------------------------------|
| 事業所番号 | 9 0 | |
| 請求事業所 | 名称 | 療養施設事業所 5 |
| | 所在地 | 〒 9 9 9 - 9 9 9 9 県 市 5 - 5 - 5 |
| | 連絡先 | 999-9999-9999 |

保 険 者

（別 記）殿

下記のとおり請求します。 平成 30年 5月 6日

保険請求

| 区 分 | サービス費用 | | | | | | 特定入所者介護サービス費等 | | | | |
|-------------------------------------|--------|------------|----------|-----------|-----------|-----------|---------------|----------|-----------|-----------|-----------|
| | 件 数 | 単位数 ・点数 | 費用 合計 | 保険 請求額 | 公費 請求額 | 利用者 負担 | 件数 | 費用 合計 | 利用者 負担 | 公費 請求額 | 保険 請求額 |
| 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等 | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援・ 介護予防支援 | | | | | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | | | | | |

公費請求

| 区 分 | サービス費用 | | | | 特定入所者介護サービス費等 | | |
|--|--------|------------|----------|-----------|---------------|----------|-----------|
| | 件 数 | 単位数 ・点数 | 費用 合計 | 公費 請求額 | 件数 | 費用 合計 | 公費 請求額 |
| 12 生保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等 | | | | | 1 | 52500 | 52500 |
| 生保 居宅介護支援・ 介護予防支援 | | | | | | | |
| 10 感染症 37条の2 | | | | | | | |
| 21 障自・通院医療 | | | | | | | |
| 15 障自・更生医療 | | | | | | | |
| 19 原爆・一般 | | | | | | | |
| 54 難病法 | 1 | 26910 | 287398 | 287398 | | | |
| 51 特定疾患等 治療研究 | | | | | | | |
| 81 被爆者助成 | | | | | | | |
| 86 被爆体験者 | | | | | | | |
| 87 有機ヒ素・緊急措置 | | | | | | | |
| 88 水俣病総合対策 メチル水銀 | | | | | | | |
| 66 石綿・救済措置 | | | | | | | |
| 58 障害者・支援措置（全 額免除） | | | | | | | |
| 25 中国残留邦人等 | | | | | | | |
| 合 計 | | | | 287398 | | | 52500 |

様式第十（附則第二条関係）

施設サービス等介護給付費明細書
（介護療養施設サービス）

記載例 14-2（1枚目）

難病の認定を受けた生保単独受給者が介護療養型施設に入院し特定入所者介護サービスを受けた場合の介護給付費明細書

| | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | 5 | 4 | 9 | 0 | 2 | 0 | 1 | 3 |
| 公費受給者番号 | 9 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |

平成

保険者番

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|------------------|------|------|----|-----|-----|---|---|---|---|----|
| 被保険者番号 | H | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 | 5 | |
| (フリガナ) 氏名 | カイゴ シロウ 介護 四郎 | | | | | | | | | | |
| 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 | 要介護 1・2・3・4・5 | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月 | 0 | 1 | 日 | から |
| | 平成 | 3 | 1 | 年 | 0 | 3 | 月 | 3 | 1 | 日 | まで |

| | | | | | | | | | | |
|-------|----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 事業所番号 | 9 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 3 | 3 |
| 事業所名称 | 療養施設事業所 5 | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒999-9999 県 市 5 - 5 - 5 | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 999-9999-9999 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|----|---|---|---|-------|---|---|------|---|
| 入院年月日 | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月 | 0 | 1 | 日 | 退院年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 入院実日数 | 3 | 0 | 外泊日数 | 0 |
| 主傷病 | 入院前の状況 1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他 9.介護医療院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退院後の状況 | 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所 9.介護医療院入所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| サービス内容 | サービスコード | 単位数 | 回数 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 |
|---|-------------|-------|----------------|-----------|------------|-----------|----|
| 療養経過型 3 | 5 3 1 0 1 1 | 8 9 7 | 3 0 | 2 6 9 1 0 | 3 0 | 2 6 9 1 0 | |
| <p>難病を認定された生保単独受給者が難病を適用されるサービス（介護療養型サービス）と難病を適用されないサービス（特定入所者介護サービス）を同時に受けた場合、一枚目に難病分の請求、二枚目に生保分の請求を記載する</p> | | | | | | | |
| 合計 | | | | 2 6 9 1 0 | | 2 6 9 1 0 | |

| | | | | | | | |
|------|----|-----|----|--------|------|--------|----|
| 傷病名 | | | | | | | |
| 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 |
| 合計 | | | | | | | |

| 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 | 2 6 9 1 0 | 2 6 9 1 0 | | |
| 単位数単価 | 1 0 6 8 円/単位 | | 10 円 / 単位 | 10 円 / 単位 |
| 給付率 | 0 / 100 | 1 0 0 / 100 | / 100 | / 100 |
| 請求額（円） | 0 | 2 8 7 3 9 8 | | |
| 利用者負担額（円） | 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 |
|---------|-------------|---------|-------|-----|---------------|-----|------------|-----|----------------|
| 療養施設食費 | 5 9 5 3 1 1 | 1 3 8 0 | 0 | 3 0 | 4 1 4 0 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 療養施設多床室 | 5 9 5 3 2 4 | 3 7 0 | 0 | 3 0 | 1 1 1 0 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 合計 | | | | | 5 2 5 0 0 | | | 0 | 0 |
| | | | | | 保険分 請求額(円) | 0 | 公費分 請求額 | 0 | 公費分本人負担月額 0 |

様式第十（附則第二条関係）

施設サービス等介護給付費明細書
（介護療養施設サービス）

記載例 14-2（2枚目）
難病の認定を受けた生保単独受給者が介護療養型施設に入院し特定入所者介護サービスを受けた場合の介護給付費明細書

| | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | 1 | 2 | 9 | 0 | 2 | 0 | 1 | 5 |
| 公費受給者番号 | 9 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |

平成
保険者

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|------------------|------|------|----|-----|-----|---|---|---|---|----|
| 被保険者番号 | H | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 | 5 | |
| (フリガナ) 氏名 | カイゴ シロウ 介護 四郎 | | | | | | | | | | |
| 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 | 要介護 1・2・3・4・5 | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月 | 0 | 1 | 日 | から |
| | 平成 | 3 | 1 | 年 | 0 | 3 | 月 | 3 | 1 | 日 | まで |

| | | | | | | | | | | | |
|-------|----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 事業所番号 | 9 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 3 | 3 | 3 |
| 事業所名称 | 療養施設事業所 5 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒999-9999 県 市 5 - 5 - 5 | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 999-9999-9999 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|----|---|---|---|-------|---|---|------|---|
| 入院年月日 | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月 | 0 | 1 | 日 | 退院年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 入院実日数 | 3 | 0 | 外泊日数 | 0 |
| 主傷病 | 入院前の状況 1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他 9.介護医療院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退院後の状況 | 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 9.介護医療院入所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| サービス内容 | サービスコード | 単位数 | 回数 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 |
|---|-------------|-------|----------------|-----------|------------|---------|----|
| 療養経過型 3 | 5 3 1 0 1 1 | 8 9 7 | 3 0 | 2 6 9 1 0 | 0 | 0 | |
| <p>難病を認定された生保単独受給者が難病を適用されるサービス（介護療養型サービス）と難病を適用されないサービス（特定入所者介護サービス）を同時に受けた場合、一枚目に難病分の請求、二枚目に生保分の請求を記載する</p> | | | | | | | |
| 合計 | | | | 2 6 9 1 0 | | 0 | |

| | | | | | | | |
|------|----|-----|----|--------|------|--------|----|
| 傷病名 | | | | | | | |
| 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 |
| 合計 | | | | | | | |

| | | | | |
|-----------|--------------|-------------|-----------|-----------|
| 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 | 2 6 9 1 0 | 0 | | |
| 単位数単価 | 1 0 6 8 円/単位 | | 10 円 / 単位 | 10 円 / 単位 |
| 給付率 | 0 / 100 | 1 0 0 / 100 | | |
| 請求額（円） | 0 | 0 | | |
| 利用者負担額（円） | 0 | 0 | | |

特定入所者介護サービス費は生保より支払われる

| 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 | 0 | 3 0 | 4 1 4 0 0 0 | 0 | 3 0 | 4 1 4 0 0 0 | 0 |
| 療養施設多床室 | 5 9 5 3 2 4 | 3 7 0 | 0 | 3 0 | 1 1 1 0 0 0 | 0 | 3 0 | 1 1 1 0 0 0 | 0 |
| 合計 | | | | | 5 2 5 0 0 0 | | | 0 | 0 |
| | | | | | 保険分 請求額(円) | 0 | 公費分 請求額 | 5 2 5 0 0 0 | 公費分本人負担月額 0 |

様式第一（附則第二条関係）

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|----|
| 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月分 |
|----|---|---|---|---|---|----|

介護給付費請求書

記載例 15-1
 難病の認定を受けた生保単独受給者が介護療養型施設に入院し特定診療を受けた場合の介護給付費請求書

| | | | | | | | | | | |
|-------|-----|------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 事業所番号 | 9 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 | 6 | 6 |
| 請求事業所 | 名称 | 療養施設事業所 6 | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 9 9 9 - 9 9 9 9 県 市 5 - 5 - 5 | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 999-9999-9999 | | | | | | | | |

保 険 者

（別 記）殿

下記のとおり請求します。 平成 30年 5月 6日

保険請求

| 区 分 | サービス費用 | | | | | | 特定入所者介護サービス費等 | | | | |
|-------------------------------------|--------|------------|----------|-----------|-----------|-----------|---------------|----------|-----------|-----------|-----------|
| | 件 数 | 単位数 ・点数 | 費用 合計 | 保険 請求額 | 公費 請求額 | 利用者 負担 | 件数 | 費用 合計 | 利用者 負担 | 公費 請求額 | 保険 請求額 |
| 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等 | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援・ 介護予防支援 | | | | | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | | | | | |

公費請求

| 区 分 | サービス費用 | | | | 特定入所者介護サービス費等 | | |
|--|--------|------------|----------|-----------|---------------|----------|-----------|
| | 件 数 | 単位数 ・点数 | 費用 合計 | 公費 請求額 | 件数 | 費用 合計 | 公費 請求額 |
| 12 生保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等 | | | | | | | |
| 生保 居宅介護支援・ 介護予防支援 | | | | | | | |
| 10 感染症 37条の2 | | | | | | | |
| 21 障自・通院医療 | | | | | | | |
| 15 障自・更生医療 | | | | | | | |
| 1 原爆・一般 | | | | | | | |
| 54 難病法 | 1 | 27160 | 289898 | 289898 | | | |
| 51 特定疾患等 治療研究 | | | | | | | |
| 81 被爆者助成 | | | | | | | |
| 86 被爆体験者 | | | | | | | |
| 87 有機ヒ素・緊急措置 | | | | | | | |
| 88 水俣病総合対策 メチル水銀 | | | | | | | |
| 66 石綿・救済措置 | | | | | | | |
| 58 障害者・支援措置（全 額免除） | | | | | | | |
| 25 中国残留邦人等 | | | | | | | |
| 合 計 | | | | 289898 | | | |

様式第十（附則第二条関係）

施設サービス等介護給付費明細書
(介護療養施設サービス)

記載例 15-2
難病の認定を受けた生保単独受給者が介護療養型施設に入院し特定診療を受けた場合の介護給付費明細書

| | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | 5 | 4 | 9 | 0 | 2 | 0 | 1 | 3 |
| 公費受給者番号 | 9 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | |

| | |
|-----|--|
| 平成 | |
| 保険者 | |

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|------------------|------|------|----|-----|-----|---|---|---|---|----|
| 被保険者番号 | H | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 6 | 6 | | |
| (フリガナ) 氏名 | カイゴ ゴロウ 介護 五郎 | | | | | | | | | | |
| 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 | 要介護 1・2・3・4・5 | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月 | 0 | 1 | 日 | から |
| | 平成 | 3 | 1 | 年 | 0 | 3 | 月 | 3 | 1 | 日 | まで |

| | | | | | | | | | | |
|-------|----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 事業所番号 | 9 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 | 6 | 6 |
| 事業所名称 | 療養施設事業所 6 | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒999-9999 県 市 5 - 5 - 5 | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 999-9999-9999 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|----|--|---|--|---|--|---|-------|---|---|------|---|
| 入院年月日 | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月 | 0 | 1 | 日 | 退院年月日 | 平成 | | 年 | | 月 | | 日 | 入院実日数 | 3 | 0 | 外泊日数 | 0 |
| 主傷病 | 入院前の状況 1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他 9.介護医療院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退院後の状況 | 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 9.介護医療院入所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 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 |
|---------|-------------|-------|----------|-----------|------------|-----------|----|
| 療養経過型 3 | 5 3 1 0 1 1 | 8 9 7 | 3 0 | 2 6 9 1 0 | 3 0 | 2 6 9 1 0 | |
| 合計 | | | | | | | |
| | | | | 2 6 9 1 0 | | 2 6 9 1 0 | |

| | | | | | | | |
|---------------------|----------|-------|----|--------|------|--------|----|
| 傷病名 | | | | | | | |
| 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 |
| 0 5 | 初期入院診療管理 | 2 5 0 | 1 | 2 5 0 | 1 | 2 5 0 | |
| 特定診療費についても難病より支払われる | | | | | | | |
| 合計 | | | | | | | |
| | | | | 2 5 0 | | 2 5 0 | |

| 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 | 2 6 9 1 0 | 2 6 9 1 0 | 2 5 0 | 2 5 0 |
| 単位数単価 | 1 0 6 8 円/単位 | | 10 円/単位 | 10 円/単位 |
| 給付率 | 0 / 100 | 1 0 0 / 100 | 0 / 100 | 1 0 0 / 100 |
| 請求額(円) | | 0 2 8 7 3 9 8 | 0 | 2 5 0 0 |
| 利用者負担額(円) | | 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 |
|--------|---------|---------|-------|----|---------------|-----|------------|-----|-----------|
| 合計 | | | | | | | | | |
| | | | | | 保険分 請求額(円) | | 公費分 請求額 | | 公費分本人負担月額 |

様式第一（附則第二条関係）

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|----|
| 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月分 |
|----|---|---|---|---|---|----|

介護給付費請求書

記載例 16-1
 難病の認定を受けた生保単独受給者が介護療養型施設に入院し特定診療及び特定入所者介護サービスを受けた場合の介護給付費請求書

| | | |
|-------|-----|------------------------------------|
| 事業所番号 | 9 | 0 |
| 請求事業所 | 名称 | 療養施設事業所 7 |
| | 所在地 | 〒 9 9 9 - 9 9 9 9 県 市 5 - 5 - 5 |
| | 連絡先 | 999-9999-9999 |

保 険 者

（別 記）殿

下記のとおり請求します。 平成 30年 5月 6日

保険請求

| 区 分 | サービス費用 | | | | | | 特定入所者介護サービス費等 | | | | |
|-------------------------------------|--------|------------|----------|-----------|-----------|-----------|---------------|----------|-----------|-----------|-----------|
| | 件 数 | 単位数 ・点数 | 費用 合計 | 保険 請求額 | 公費 請求額 | 利用者 負担 | 件数 | 費用 合計 | 利用者 負担 | 公費 請求額 | 保険 請求額 |
| 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等 | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援・ 介護予防支援 | | | | | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | | | | | |

公費請求

| 区 分 | サービス費用 | | | | 特定入所者介護サービス費等 | | |
|--|--------|------------|----------|-----------|---------------|----------|-----------|
| | 件 数 | 単位数 ・点数 | 費用 合計 | 公費 請求額 | 件数 | 費用 合計 | 公費 請求額 |
| 12 生保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等 | | | | | 1 | 52500 | 52500 |
| 生保 居宅介護支援・ 介護予防支援 | | | | | | | |
| 10 感染症 37条の2 | | | | | | | |
| 21 障自・通院医療 | | | | | | | |
| 15 障自・更生医療 | | | | | | | |
| 19 原爆・一般 | | | | | | | |
| 54 難病法 | 1 | 27160 | 289898 | 289898 | | | |
| 51 特定疾患等 治療研究 | | | | | | | |
| 81 被爆者助成 | | | | | | | |
| 86 被爆体験者 | | | | | | | |
| 87 有機ヒ素・緊急措置 | | | | | | | |
| 88 水俣病総合対策 メチル水銀 | | | | | | | |
| 66 石綿・救済措置 | | | | | | | |
| 58 障害者・支援措置（全 額免除） | | | | | | | |
| 25 中国残留邦人等 | | | | | | | |
| 合 計 | | | | 289898 | | | 52500 |

様式第十（附則第二条関係）

施設サービス等介護給付費明細書
(介護療養施設サービス)

記載例16-2(1枚目)
難病の認定を受けた生保単独受給者が介護療養型施設に入院し特定診療及び特定入所者介護サービスを受けた場合の介護給付費明細書

| | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | 5 | 4 | 9 | 0 | 2 | 0 | 1 | 3 |
| 公費受給者番号 | 9 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 |

平成
保険者

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|-------------------|------|------|----|-----|-----|---|---|---|---|----|
| 被保険者番号 | H | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 7 | 7 | |
| (フリガナ) 氏名 | カイゴ ロクロウ 介護 六郎 | | | | | | | | | | |
| 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 | 要介護 1・2・3・4・5 | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月 | 0 | 1 | 日 | から |
| | 平成 | 3 | 1 | 年 | 0 | 3 | 月 | 3 | 1 | 日 | まで |

| | | | | | | | | | | |
|-------|----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 事業所番号 | 9 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 1 | 7 | 7 | 7 |
| 事業所名称 | 療養施設事業所 7 | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒999-9999 県 市 5 - 5 - 5 | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 999-9999-9999 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|----|---|---|---|-------|---|---|------|---|
| 入院年月日 | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月 | 0 | 1 | 日 | 退院年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 入院実日数 | 3 | 0 | 外泊日数 | 0 |
| 主傷病 | 入院前の状況 1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他 9.介護医療院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退院後の状況 | 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 9.介護医療院入所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 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 |
|---|-------------|-------|----------|---------------|------------|-----------|----|
| 療養経過型 3 | 5 3 1 0 1 1 | 8 9 7 | 3 0 | 2 6 9 1 0 3 0 | 2 6 9 1 0 | 2 6 9 1 0 | |
| <p>難病を認定された生保単独受給者が難病を適用されるサービス(介護療養型サービス、特定診療費)と難病を適用されないサービス(特定入所者介護サービス)を同時に受けた場合、一枚目に難病分の請求、二枚目に生保分の請求を記載する</p> | | | | | | | |
| 合計 | | | | 2 6 9 1 0 | 2 6 9 1 0 | 2 6 9 1 0 | |

| | | | | | | | |
|------|----------|-------|----|--------|------|--------|----|
| 傷病名 | | | | | | | |
| 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 |
| 0 5 | 初期入院診療管理 | 2 5 0 | 1 | 2 5 0 | 1 | 2 5 0 | |
| 合計 | | | | 2 5 0 | 1 | 2 5 0 | |

| 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 | 2 6 9 1 0 | 2 6 9 1 0 | 2 5 0 | 2 5 0 |
| 単位数単価 | 1 0 6 8 円/単位 | | 10 円/単位 | 10 円/単位 |
| 給付率 | 0 / 100 | 1 0 0 / 100 | 0 / 100 | 1 0 0 / 100 |
| 請求額(円) | | 0 2 8 7 3 9 8 | 0 | 2 5 0 0 |
| 利用者負担額(円) | 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 |
|---------|-------------|---------|-------|-----|---------------|-----|------------|-----|----------------|
| 療養施設食費 | 5 9 5 3 1 1 | 1 3 8 0 | 0 | 3 0 | 4 1 4 0 0 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 療養施設多床室 | 5 9 5 3 2 4 | 3 7 0 | 0 | 3 0 | 1 1 1 0 0 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 合計 | | | | | 5 2 5 0 0 0 | | | 0 | 0 |
| | | | | | 保険分 請求額(円) | 0 | 公費分 請求額 | 0 | 公費分本人負担月額 0 |

様式第十（附則第二条関係）

施設サービス等介護給付費明細書
（介護療養施設サービス）

記載例 16-2（2枚目）
難病の認定を受けた生保単独受給者が介護療養型施設に入院し特定診療及び特定入所者介護サービスを受けた場合の介護給付費明細書

| | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | 1 | 2 | 9 | 0 | 2 | 0 | 1 | 5 |
| 公費受給者番号 | 9 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | |

平成
保険者番号

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|-------------------|---|---|----|---------|---|---|---|---|---|----|
| 被保険者番号 | H | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 7 | 7 | | |
| (フリガナ) 氏名 | カイゴ ロクロウ 介護 六郎 | | | | | | | | | | |
| 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 | 要介護 1・2・3・4・5 | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月 | 0 | 1 | 日 | から |
| | 平成 | 3 | 1 | 年 | 0 | 3 | 月 | 3 | 1 | 日 | まで |

| | | | | | | | | | | |
|-------|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 事業所番号 | 9 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 1 | 7 | 7 | 7 |
| 事業所名称 | 療養施設事業所 7 | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒999-9999 県 市 5-5-5 | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 999-9999-9999 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|----|---|---|---|-------|---|---|------|---|
| 入院年月日 | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月 | 0 | 1 | 日 | 退院年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 入院実日数 | 3 | 0 | 外泊日数 | 0 |
| 主傷病 | 入院前の状況 1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他 9.介護医療院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退院後の状況 | 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所 9.介護医療院入所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 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 |
|---|-------------|-------|----------|-----------|------------|---------|----|
| 療養経過型 3 | 5 3 1 0 1 1 | 8 9 7 | 3 0 | 2 6 9 1 0 | 0 | 0 | |
| <p>難病を認定された生保単独受給者が難病を適用されるサービス（介護療養型サービス、特定診療費）と難病を適用されないサービス（特定入所者介護サービス）を同時に受けた場合、一枚目に難病分の請求、二枚目に生保分の請求を記載する</p> | | | | | | | |
| 合計 | | | | 2 6 9 1 0 | | 0 | |

| | | | | | | | |
|------|----------|-------|----|--------|------|--------|----|
| 傷病名 | | | | | | | |
| 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 |
| 0 5 | 初期入院診療管理 | 2 5 0 | 1 | 2 5 0 | 0 | 0 | |
| 合計 | | | | 2 5 0 | | 0 | |

| | | | | |
|-----------|--------------|-------------|----------|-------------|
| 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 | 2 6 9 1 0 | 0 | 2 5 0 | 0 |
| 単位数単価 | 1 0 6 8 円/単位 | | 10 円/単位 | 10 円/単位 |
| 給付率 | 0 / 100 | 1 0 0 / 100 | 0 / 100 | 1 0 0 / 100 |
| 請求額（円） | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 利用者負担額（円） | 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 |
| 療養施設食費 | 5 9 5 3 1 1 | 1 3 8 0 | 0 | 3 0 | 4 1 4 0 0 0 | 0 | 3 0 | 4 1 4 0 0 0 | 0 |
| 療養施設多床室 | 5 9 5 3 2 4 | 3 7 0 | 0 | 3 0 | 1 1 1 0 0 0 | 0 | 3 0 | 1 1 1 0 0 0 | 0 |
| 合計 | | | | | 5 2 5 0 0 0 | | | 0 | 0 |
| | | | | | 保険分 請求額(円) | 0 | 公費分 請求額 | 5 2 5 0 0 0 | 公費分本人負担月額 0 |

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・定期巡回・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（短期利用以外）・小規模多機能型居宅介護（短期利用）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用）・地域密着型通所介護）

| | | | | | | | | | | | |
|---------|---------|----------------------------------|------|------|----|---------|---|---|---|---|----|
| 公費負担者番号 | | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 3 | 月 | 分 | | |
| 公費受給者番号 | | 保険者番号 | 9 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 0 0 0 0 0 1 1 1 1 | | | | | | | | | |
| | (フリガナ) | カノ 伊助 | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 介護 一郎 | | | | | | | | | |
| | 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 | 要介護 1・2・3・4・5 | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 平成 | 2 | 9 | 年 | 0 | 4 | 月 | 0 | 1 | 日 | から |
| | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 3 | 月 | 3 | 1 | 日 | まで |
| 請求事業者 | 事業所番号 | 9 0 7 0 0 0 0 0 1 0 | | | | | | | | | |
| | 事業所名称 | 事業所 | | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 9 9 9 - 9 9 9 9 県 市 町 5-5-5 | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 099 - 555 - 5555 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|---|---------------------|-------|-----------|---|--|---|-------|----|--|---|--|---|--|---|
| 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 | 9 0 7 0 0 0 0 1 1 1 | 事業所名称 | 居宅介護支援事業所 | | | | | | | | | | | |
| 開始年月日 | 平成 | | 年 | | 月 | | 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1・同 | 1 1 4 8 6 9 | 2 2 1 | 1 0 | 2 2 1 0 | | | |
| 身体介護2・同 | 1 1 4 9 4 1 | 3 4 9 | 1 0 | 3 4 9 0 | | | |
| 同一建物減算は合成単位数として本体報酬に組み込まれている | | | | | | | |

| 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 | 施設所在保険者番号 | 摘要 |
|--------|---------|-----|----|---------|-------|---------|-----------|----|
| | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---------|-----------------|---------|-----------|--|--|--|--|---|-----------|
| 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 | 日 | | | | | | |
| | 計画単位数 | | 5 7 0 0 | | | | | | |
| | 限度額管理対象単位数 | | 5 7 0 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）+ | | 5 7 0 0 | | | | | | 保険 9 0 |
| | 公費分単位数 | | 0 | | | | | | 公費 |
| | 単位数単価 | 1 0 0 0 | 円/単位 | | | | | | 合計 |
| | 保険請求額 | | 5 1 3 0 0 | | | | | | 5 1 3 0 0 |
| | 利用者負担額 | | 5 7 0 0 | | | | | | 5 7 0 0 |
| 公費請求額 | | 0 | | | | | | 0 | |
| 公費分本人負担 | | 0 | | | | | | 0 | |

| | | | | | | | |
|---------------|-----|--|---|------------------|--------|--------------|----|
| 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（円） | 備考 |
| | | | | | | | |

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

記載例 17-2

同一建物減算(1種類の減算)

の請求(拡充)

(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・定期通所介護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用))

| | | | | | | | | | | | |
|---------|---------|----------------------------------|------|------|----|-----|-----|----|---|---|----|
| 公費負担者番号 | | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月分 | | | |
| 公費受給者番号 | | 保険者番号 | 9 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 0 0 0 0 0 2 2 2 2 | | | | | | | | | |
| | (フリガナ) | カノ 伊助 | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 介護 一郎 | | | | | | | | | |
| | 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 | 要介護 1・2・3・4・5 | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月 | 0 | 1 | 日 | から |
| | 平成 | 3 | 1 | 年 | 0 | 3 | 月 | 3 | 1 | 日 | まで |
| 請求事業者 | 事業所番号 | 9 0 7 0 0 0 0 2 0 | | | | | | | | | |
| | 事業所名称 | 事業所 | | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 9 9 9 - 9 9 9 9 県 市 町 5-5-5 | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 099 - 555 - 5555 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----------|---|-----------------|-----|-----------|---|--|---|
| 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 | 9 0 7 0 0 0 0 2 | 事業所 | 居宅介護支援事業所 | | | |
| 開始年月日 | 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.介護老人保健施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院 9.介護医療院入所 | | | | | | |

| 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 | 公費回数 |
|--------------|-------------|-------|-----|---------|------|
| 身体介護1 | 1 1 1 1 1 1 | 2 4 5 | 1 0 | 2 4 5 0 | |
| 身体介護2 | 1 1 1 2 1 1 | 3 8 8 | 1 0 | 3 8 8 0 | |
| 同一建物減算(-10%) | 1 1 X X X X | | 1 | - 6 3 3 | |

回数は「1」を記載する

同一建物減算を含まない基本サービスを記載

同一建物減算の単位数は空欄にする

一か月分まとめて記載する

同一建物減算の対象となるサービス(身体介護1、身体介護2)のサービス単位数の合計に-10%を乗じて求めた値を記載する(小数点以下四捨五入)
 $(2,450 + 3,880) \times (-0.1) = -633$

| 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 |
|--------|---------|-----|----|---------|
| | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---------|-----------------|---------|-----------|--|--|--|--|---|-----------|
| 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 | 日 | | | | | | |
| | 計画単位数 | | 6 3 3 0 | | | | | | |
| | 限度額管理対象単位数 | | 6 3 3 0 | | | | | | |
| | 限度額管理対象外単位数 | | - 6 3 3 | | | | | | 給付率(/100) |
| | 給付単位数(のうち少ない数)+ | | 5 6 9 7 | | | | | | 保険 |
| | 公費分単位数 | | 0 | | | | | | 公費 |
| | 単位数単価 | 1 0 0 0 | 円/単位 | | | | | | 合計 |
| | 保険請求額 | | 5 1 2 7 3 | | | | | | 5 1 2 7 3 |
| | 利用者負担額 | | 5 6 9 7 | | | | | | 5 6 9 7 |
| 公費請求額 | | 0 | | | | | | 0 | |
| 公費分本人負担 | | 0 | | | | | | 0 | |

同一建物減算のサービス単位数を記載する

| | | | | | | | |
|---------------|-----|--|---|------------------|--------|--------------|----|
| 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(円) | 備考 |
| | | | | | | | |

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・定期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（短期利用以外）・小規模多機能型複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）

記載例 18-1
同一建物減算の請求に初回加算・特別地域加算・処遇改善加算を含んだ請求（現行）

| | | | | | | | |
|-------------------------|-------------------------|---------------------|-------------|-----------|-----------------|--|--|
| 公費負担者番号 | | 平成 | 3 | | | | |
| 公費受給者番号 | | 保険者番号 | 9 0 2 0 3 0 | | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 0 0 0 0 0 3 3 3 3 | | | | | |
| | (フリガナ) | カノ 伊助 | | | | | |
| | 氏名 | 介護 一郎 | | | | | |
| | 生年月日 | 1.明治 | 2.大正 | 3.昭 | 0 5 年 0 9 月 0 日 | | |
| | 要介護状態区分 | 要介護1 | | | | | |
| 認定有効期間 | 平成 | 2 9 年 0 月 | 平成 | 3 0 年 0 月 | 3 月 3 1 日 まで | | |
| 事業所番号 | 9 0 7 0 0 0 0 0 3 0 | | | | | | |
| 事業所名称 | 事業所 | | | | | | |
| 請求 | 〒 9 9 9 - 9 9 9 9 | | | | | | |
| 特別地域訪問介護加算の対象となるサービス | 身体介護 1 | | | | | | |
| 身体介護 1 同(同一建物減算も含まれている) | | | | | | | |
| 処遇改善加算の対象となるサービス | 身体介護 1 同(同一建物減算も含まれている) | | | | | | |
| 処遇改善加算以外のサービス | 町 5-5-5 | | | | | | |
| 9 - 555 - 5555 | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|----------|---|-------------|-----------|---|-------|----|---|---|---|
| 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 | 9 0 7 0 0 0 0 0 3 3 3 | 事業所名称 | 居宅介護支援事業所 | | | | | | |
| 開始年月日 | 平成 | 年 | 月 | 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1・同 | 1 1 4 8 6 9 | 2 2 1 | 1 0 | 2 2 1 0 | | | |
| 特別地域訪問介護加算 | 1 1 8 0 0 0 | 3 3 2 | 1 | 3 3 2 | | | |
| 訪問介護初回加算 | 1 1 4 0 0 1 | 2 0 0 | 1 | 2 0 0 | | | |
| 訪問介護処遇改善加算 | 1 1 6 2 7 4 | 2 7 4 | 1 | 2 7 4 | | | |

特別地域加算計算対象となるサービスコードのサービス単位数を集計し、率(15%)を乗じて求める(小数点以下四捨五入)
 $2,210 \times 0.15 = 331.5 \rightarrow 332$

対象となる全てのサービス単位数を集計し、率(10%)を乗じて求める(小数点以下四捨五入)
 $(2,210 + 200 + 332) \times 0.1 = 274.2 \rightarrow 274$

| サービス内容 | サービスコード | 単位数 | 摘要 |
|--------|---------|-----|----|
| | | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------|-----------|---------|--|--|--|--|--|--|-----------|
| 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 | 日 | | | | | | | |
| 計画単位数 | | 2 4 1 0 | | | | | | | |
| 限度額管理対象単位数 | | 2 4 1 0 | | | | | | | |
| 限度額管理対象外単位数 | | 6 0 6 | | | | | | | 給付率(100) |
| 給付単位数(のうち少ない数)+ | | 3 0 1 6 | | | | | | | 保険 9 0 |
| 公費分単位数 | | 0 | | | | | | | 公費 |
| 単位数単価 | 1 0 0 0 | 円/単位 | | | | | | | 合計 |
| 保険請求額 | 2 7 1 4 4 | | | | | | | | 2 7 1 4 4 |
| 利用者負担額 | 3 0 1 6 | | | | | | | | 3 0 1 6 |
| 公費請求額 | 0 | | | | | | | | 0 |
| 公費分本人負担 | 0 | | | | | | | | 0 |

| | | | | | | |
|---------------|-----|---|------------------|--------|--------------|----|
| 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(円) | 備考 |
| | | | | | | |

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

記載例 18-2

（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・定期夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）・小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）

同一建物減算の請求に初回加算・特別地域加算・処遇改善加算を含んだ請求（拡充）

| | | | | | | | | | | | |
|---------|---------------------|-------|------|------|---|----|---|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月 | 分 | | |
| 公費受給者番号 | | 保険者番号 | 9 | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 | 3 | 3 | |
| | (フリガナ) | カゴ 伊助 | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 介護 一郎 | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 1.明治 | 2.大正 | 3.昭和 | 0 | 5 | 年 | 0 | 9 | 月 | 0 |
| | 要介護状態区分 | 要介護 | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 平成 | 3 | 1 | 年 | 0 | |
| 事業所番号 | 9 0 7 0 0 0 0 0 3 0 | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | 事業所 | | | | | | | | | | |
| 住所 | 9 9 9 9 5 町 5-5-5 | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | 99 - 555 - 5555 | | | | | | | | | | |

| | | | |
|----------|---------------------|-------------|-----------|
| 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 | 9 0 7 0 0 0 0 3 3 3 | 事業所名称 | 居宅介護支援事業所 |

| | | | | | | | | | |
|-------|--|--|---|--|---|--|---|-------|--|
| 開始年月日 | 平成 | | 年 | | 月 | | 日 | 中止年月日 | |
| 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 9.介護医療院入所 | | | | | | | | |

| 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 |
|---------------|-------------|-------|-----|---------|
| 身体介護1 | 1 1 1 1 1 1 | 2 4 5 | 1 0 | 2 4 5 0 |
| 同一建物減算 (-10%) | 1 1 X X X X | | 1 | - 2 4 5 |
| 特別地域訪問介護加算 | 1 1 8 0 0 0 | 3 3 1 | 1 | 3 3 1 |
| 訪問介護初回加算 | 1 1 4 0 0 1 | 2 0 0 | 1 | 2 0 0 |
| 訪問介護処遇改善加算 | 1 1 6 2 7 4 | 2 7 4 | 1 | 2 7 4 |

同一建物減算の計算対象となるサービスコード(身体介護1)のサービス単位数に率(-10%)を乗じて求める(小数点以下四捨五入)
 $2,450 \times (-0.1) = -245$

特別地域加算の対象となるサービス(11-1111と同一建物減算のサービス単位数の合計に、率(15%)を乗じて求める(小数点以下四捨五入)
 $(2,450 + (-245)) \times 0.15 = 330.75 \quad 331$

特別地域訪問介護加算と同一建物減算の対象とならない限度額管理対象サービスの加算

| 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 | 施設所在保険者番号 | 摘要 |
|------------|-------------|-------|-----|---------|-------|---------|-----------|----|
| 身体介護1 | 1 1 1 1 1 1 | 2 4 5 | 1 0 | 2 4 5 0 | | | | |
| 特別地域訪問介護加算 | 1 1 8 0 0 0 | 3 3 1 | 1 | 3 3 1 | | | | |
| 訪問介護初回加算 | 1 1 4 0 0 1 | 2 0 0 | 1 | 2 0 0 | | | | |
| 訪問介護処遇改善加算 | 1 1 6 2 7 4 | 2 7 4 | 1 | 2 7 4 | | | | |

| サービス種類コード / 名称 | サービス実日数 | 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(のうち少ない数) + | 公費分単位数 | 単位数単価 | 保険請求額 | 利用者負担額 | 公費請求額 | 公費分本人負担 |
|----------------|---------|---------|------------|-------------|------------------|--------|--------------|-----------|---------|-------|---------|
| 1 1 訪問介護 | 1 0 日 | 2 6 5 0 | 2 6 5 0 | 3 6 0 | 3 0 1 0 | 0 | 1 0 0 0 円/単位 | 2 7 0 9 0 | 3 0 1 0 | 0 | 0 |

対象となる全てのサービス単位数を集計し、率(10%)を乗じて求める(小数点以下四捨五入)
 $(2,450 + 200 + 331 + (-245)) \times 0.1 = 273.6 \quad 274$

| 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(円) | 備考 |
|---------------|-----|---|------------------|--------|--------------|----|
| | | | | | | |

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明

（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
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（短期利用以外）・小
複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用）・地域密着型通所介護）

記載例 19-1（2枚目）

同一建物減算の請求かつ2つの生保の請求（現行）

| | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | 1 | 2 | 9 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 3 | 月 | 分 |
|----|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費受給者番号 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|---|
| 保険者番号 | 9 | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 |
|-------|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | | | | | | |
|------|---------|-------------------------|-------------------------|------|----|---------|---|---|---|---|---|--|
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 | 3 | 3 | |
| | (フリガナ) | カノ 伊助 | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 介護 一郎 | | | | | | | | | | |
| | 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 | 要介護 1・2・3・4・5 | | | | | | | | | | |
| | 認定有効期間 | 平成 2 9 年 0 4 月 0 1 日 から | 平成 3 0 年 0 3 月 3 1 日 まで | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-------|-------|-------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 請求事業者 | 事業所番号 | 9 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 |
| | 事業所名称 | 事業所 | | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 9 9 9 - 9 9 9 9 県 市 町 5-5-5 | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 099 - 555 - 5555 | | | | | | | | | |

| | | | |
|----------|----------------|---------------------|-------|
| 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 | 9 0 7 0 0 0 0 3 3 3 | 事業所名称 |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|----|--|---|--|---|--|---|-------|----|--|---|--|---|--|---|
| 開始年月日 | 平成 | | 年 | | 月 | | 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 1・同 | 1 1 4 8 6 9 | 2 2 1 | 2 0 | 4 4 2 0 | 1 | 2 2 1 |

| 給付費明細欄 (住所地特例対象者) | 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 | 施設所在保険者番号 | 摘要 |
|----------------------|--------|---------|-----|----|---------|-------|---------|-----------|----|
| | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---------|-------------------|-------|------------|--|--|--|--|--|--|-------|--------------|
| 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 | 日 | | | | | | | | |
| | 計画単位数 | | 4 4 2 0 | | | | | | | | |
| | 限度額管理対象単位数 | | 4 4 2 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) + | | 4 4 2 0 | | | | | | | | 給付率 (/100) |
| | 公費分単位数 | | 2 2 1 | | | | | | | | 保険 9 0 |
| | 単位数単価 | 1 0 | 0 0 円 / 単位 | | | | | | | | 公費 1 0 0 |
| | 保険請求額 | | 3 9 7 8 0 | | | | | | | | 合計 3 9 7 8 0 |
| | 利用者負担額 | | 0 | | | | | | | | 0 |
| 公費請求額 | | 2 2 1 | | | | | | | | 2 2 1 | |
| 公費分本人負担 | | 0 | | | | | | | | 0 | |

| | | | | | | | |
|---------------|-----|--|---|-------------------|---------|---------------|----|
| 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 (円) | 備考 |
| | | | | | | | |

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細

（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
夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護（短期利用
複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小規

記載例 19-2（1枚目）

同一建物減算の請求かつ2つの生保の請求、第一公費・第二公費で計算する（拡充）

| | | | |
|---------|--|--|-----------------------|
| 公費負担者番号 | 1 2 9 0 0 0 1 0 | 平成 | 3 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 | 9 0 2 0 3 0 |
| 被保険者番号 | 0 0 0 0 0 0 3 3 3 3 | 事業所番号 | 9 0 7 0 0 0 0 0 3 0 |
| (フリガナ) | カノ 伊助 | 月途中で福祉事務所が変更となった場合、変更前後の同一建物減算の回数・公費分回数はそれぞれ1回と記載する なお、1枚目の公費対象単位数と2枚目の公費対象単位数の集計値が、サービス単位数と一致する場合、2枚目の同一建物減算の公費対象単位数は次のとおり求める サービス単位数 - 1枚目の公費対象単位数 | |
| 氏名 | 介護 一郎 | | |
| 生年月日 | 1.明治 2.大正 3.昭和 0 5 年 0 9 月 0 9 日 性別 1 | | |
| 要介護状態区分 | 要介護 1・2・3・4・5 | | |
| 認定有効期間 | 平成 3 0 年 0 4 月 0 1 日 から 平成 3 1 年 0 3 月 3 1 日 まで | 連絡先 | 電話番号 099 - 555 - 5555 |

| | | | |
|----------|---|-------|-----------|
| 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 | 9 0 7 0 0 0 0 3 3 3 | 事業所名称 | 居宅介護支援事業所 |
| 開始年月日 | 平成 年 月 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 9.介護医療院入所 | | |

| 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 1 | 1 1 1 1 1 1 | 2 4 5 | 2 0 | 4 9 0 0 | 1 9 | 4 6 5 5 | |
| 同一建物減算 (-10%) | 1 1 X X X X | | 1 | - 4 9 0 | 1 | - 4 6 6 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

変更前の公費負担者の対象となった公費対象単位数より計算して求める(小数点以下四捨五入)
 $4,655 \times (-0.1) = -465.5 \rightarrow -466$

| 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 |
|--------|---------|-----|----|---------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 日 | | | | | | | | |
| 計画単位数 | 4 9 0 0 | | | | | | | | |
| 限度額管理対象単位数 | 4 9 0 0 | | | | | | | | |
| 限度額管理対象外単位数 | - 4 9 0 | | | | | | | | |
| 給付単位数(のうち少ない数)+ | 4 4 1 0 | | | | | | | | |
| 公費分単位数 | 4 1 8 9 | | | | | | | | |
| 単位数単価 | 1 0 0 0 円/単位 | | | | | | | | |
| 保険請求額 | 3 9 6 9 0 | | | | | | | | |
| 利用者負担額 | 0 | | | | | | | | |
| 公費請求額 | 4 1 8 9 | | | | | | | | |
| 公費分本人負担 | 0 | | | | | | | | |

公費分単位数は給付単位数以下の値となる

| | | | | | | |
|---------------|-----|---|------------------|--------|--------------|----|
| 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(円) | 備考 |
| | | | | | | |

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細

（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
夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護（短期利用
複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小規

記載例 19-2（2枚目）

同一建物減算の請求かつ2つの生保の請求、第一公費・第二公費で計算する（拡充）

| | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | 1 | 2 | 9 | 0 | 0 | 0 | 2 | 8 |
| 公費受給者番号 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 平成 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者番号 | 9 | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|------|---------|---------------|------|------|----|-----|-----|---|---|---|----|
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | (フリガナ) | カノ 伊助 | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 介護 一郎 | | | | | | | | | |
| | 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 | 要介護 1・2・3・4・5 | | | | | | | | | |
| | 認定有効期間 | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月 | 0 | 1 | 日 |
| | 平成 | 3 | 1 | 年 | 0 | 3 | 月 | 3 | 1 | 日 | まで |

| | | | | | | | | | | | |
|-------|-------|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 請求事業者 | 事業所番号 | 9 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 |
| | 事業所名称 | 事業所 | | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 999-9999 県 市 町 5-5-5 | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 099-555-5555 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|----------|----------------|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | 9 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 | 3 |
| | 事業所名称 | 居宅介護支援事業所 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|-------|---|--|--|---|--|--|---|--|--|---|
| 開始年月日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | | 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 9.介護医療院入所 | | | | | | | | | |

| 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 |
|---------------|-------------|-----|----|---------|-------|---------|----|
| | | | | | | | |
| 同一建物減算 (-10%) | 1 1 X X X X | | 1 | - 4 9 0 | 1 | - 2 4 | |

同一建物減算の算定対象となる公費対象単位数の合計(第一公費、第二公費の合計)がサービス単位数と一致するため、-490 から一枚目で求めた公費対象単位数 - 446 を引いた値を記載する
- 490 - (- 466) = - 24

| 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 |
|--------|---------|-----|----|---------|-------|
| | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---------|-------------------|---------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 | 日 | | | | | | | | |
| | 計画単位数 | | 4 9 0 0 | | | | | | | | |
| | 限度額管理対象単位数 | | 4 9 0 0 | | | | | | | | |
| | 限度額管理対象外単位数 | | - 4 9 0 | | | | | | | | |
| | 給付単位数 (のうち少ない数) + | | 4 4 1 0 | | | | | | | | |
| | 公費分単位数 | | 2 2 1 | | | | | | | | |
| | 単位数単価 | 1 0 0 0 | 円 / 単位 | | | | | | | | |
| | 保険請求額 | | 3 9 6 9 0 | | | | | | | | |
| | 利用者負担額 | | 0 | | | | | | | | |
| 公費請求額 | | 2 2 1 | | | | | | | | | |
| 公費分本人負担 | | 0 | | | | | | | | | |

公費分単位数は給付単位数以下の値となる
1枚目の公費単位数を合わせると給付単位数になる

| | | | | | | | |
|---------------|-----|--|---|-------------------|---------|---------------|----|
| 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 (円) | 備考 |
| | | | | | | | |

様式第二（附則第二条関係）

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細

（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
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（短期利用以外）・小規模
複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型

記載例 20-1

初回加算・特別地域加算・処遇改善加算
を含んだ限度額オーバーの同一建物減算
の請求（現行）

| | | | | | | | | | | | |
|---------|-------------------------------|-------|------|------|----|-----|-----|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 3 | 月 | 分 | | |
| 公費受給者番号 | | 保険者番号 | 9 | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| | (フリガナ) | カノ 伊助 | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 介護 一郎 | | | | | | | | | |
| | 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 | 要介護 | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 平成 | 2 | 9 | 年 | 0 | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | |
| 事業所番号 | 9 0 7 0 0 0 0 0 3 0 | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | 事業所 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 9 9 9 - 9 9 9 9 県 市 町 5-5-5 | | | | | | | | | | |
| 請求事業者 | 99 - 555 - 5555 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|---|---------------------|-------|-----------|---|--|---|-------|----|--|---|--|---|--|---|
| 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 | 9 0 7 0 0 0 0 3 3 3 | 事業所名称 | 居宅介護支援事業所 | | | | | | | | | | | |
| 開始年月日 | 平成 | | 年 | | 月 | | 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 |
|------------|---------|-----|----|---------|-------|
| 身体介護1・同 | 114869 | 221 | 11 | 243 | 1 |
| 特別地域訪問介護加算 | 118000 | 365 | 1 | 365 | 5 |
| 訪問介護処遇改善加算 | 116274 | 267 | 1 | 267 | 7 |

特別地域加算計算対象となるサービスコード
(11-4869)のサービス単位数に、率(15%)を乗じて求める(小数点以下四捨五入)
 $2,431 \times 0.15 = 364.65 \rightarrow 365$

| サービス内容 | サービスコード | 単位数 | 回数 | 摘要 |
|--------|---------|-----|----|--|
| | | | | 限度額管理対象単位数が計画単位数を超えているため、計画単位数と処遇改善加算以外の限度額管理対象外のサービス単位数を集計し、率を乗じて求める(小数点以下四捨五入) $(2,300 + 365) \times 0.1 = 266.5 \rightarrow 267$ |

| 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 | 1 | 日 | 日 | 日 | 日 | | | | | | | | | | | | |
| 計画単位数 | | | | 2 | 3 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | |
| 限度額管理対象単位数 | | | | 2 | 4 | 3 | 1 | | | | | | | | | | | |
| 限度額管理対象外単位数 | | | | 6 | 3 | 2 | | | | | | | | | | | | |
| 給付単位数(のうち少ない数)+ | | | | 2 | 9 | 3 | 2 | | | | | | | | | | | |
| 公費分単位数 | | | | 0 | | | | | | | | | | | | | | |
| 単位数単価 | 1 | 0 | 0 | 0 | 円/単位 | 円/単位 | 円/単位 | 円/単位 | 円/単位 | 円/単位 | 円/単位 | 円/単位 | 円/単位 | 円/単位 | 円/単位 | | | |
| 保険請求額 | | | | 2 | 6 | 3 | 8 | 8 | | | | | | | | | | |
| 利用者負担額 | | | | 2 | 9 | 3 | 2 | | | | | | | | | | | |
| 公費請求額 | | | | 0 | | | | | | | | | | | | | | |
| 公費分本人負担 | | | | 0 | | | | | | | | | | | | | | |

特別地域加算計算と処遇改善加算のサービス単位数を集計して求める
 $365 + 267 = 632$

| | | | | | |
|---------------|-----|--|---|----|----|
| 社会福祉法人等による軽減欄 | 軽減率 | | 今般、区分支給限度額の対象外となった同一建物減算の取扱いを明確化したところであり、これを踏まえて、従来から区分支給限度額の対象外である特別地域加算等の取扱いについても明確化したものである。(次頁も参照) | 備考 | |
| | | | | 枚中 | 枚目 |

様式第二（附則第二条関係）

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細

記載例 20-2

初回加算・特別地域加算・処遇改善加算を含んだ限度額オーバーの同一建物減算の請求（拡充）

（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・福祉用具夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護（短期利用複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小規

| | | | | | | | | | |
|---------|--|-------|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月 | 分 |
| 公費受給者番号 | | 保険者番号 | 9 | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|---------|-------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|-----|---|------|-----|---|-------|---|------|---|---|
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 | 3 | 3 | 事業所番号 | 9 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 |
| | (フリガナ) | カノ 伊助 | | | | | | | | | | 事業所名称 | 事業所 | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 介護 一郎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 1.明治 | | | | | | | | | | | 〒 | 9 | 9 | 9 | - | 9 | 9 | 9 | 9 | |
| | 要介護状態区分 | 0 | 5 | 年 | | | | | | | | | | | 県 | 市 | 町 | 5-5-5 | | | | |
| 認定有効期間 | 平成 | 3 | 平成 | 3 | | | | | | | | | | | 電話番号 | 099 | - | 555 | - | 5555 | | |

<特別地域訪問介護加算の対象となるサービス>
 ・身体介護 1
 ・同一建物減算 (-10%)
 <同一建物減算の対象となるサービス>
 ・身体介護 1
 <処遇改善加算の対象となるサービス>
 ・処遇改善加算以外のサービス

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|--|-------------|-------|---|---|---|---|-------|---|---|---|---|---|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 居宅サービス計画 | 1. 居宅介護支援事業所作成 | 2. 被保険者自己作成 | 事業所番号 | 9 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 | 3 | 事業所名称 | | | | | | | | | | |
| 開始年月日 | 平成 | | 年 | | 月 | | 日 | 中止年月日 | 平 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 9.介護医療院入所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

同一建物減算の計算対象となるサービスコード(11-1111:身体介護1)のサービス単位数に率(-10%)を乗じて求める。(小数点以下四捨五入)
 $2,695 \times (-0.1) = -269.5 \rightarrow -270$

| 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 |
|---------------|-------------|-------|-----|---------|
| 身体介護 1 | 1 1 1 1 1 1 | 2 4 5 | 1 1 | 2 6 9 5 |
| 同一建物減算 (-10%) | 1 1 X X X X | | 1 | - 2 7 0 |
| 特別地域訪問介護加算 | 1 1 8 0 0 0 | 3 6 4 | 1 | 3 6 4 |
| 訪問介護処遇改善加算 | 1 1 6 2 7 4 | 2 3 9 | 1 | 2 3 9 |

限度額管理対象単位数が計画単位数を超えているため、計画単位数と対象となる全ての限度額管理対象外のサービス単位数を集計し、率を乗じて求める(小数点以下四捨五入)
 $(2,300 + 364 - 270) \times 0.1 = 239.4 \rightarrow 239$

特別地域加算計算対象となるサービスコード(11-1111)のサービス単位数と同一建物減算のサービス単位数に、率(15%)を乗じて求める(小数点以下四捨五入)
 $(2,695 + (-270)) \times 0.15 = 363.75 \rightarrow 364$

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|---------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 1 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 計画単位数 | | 2 3 0 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 限度額管理対象単位数 | | 2 6 9 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 限度額管理対象外単位数 | | 3 3 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付単位数(のうち少ない数)+ | | 2 6 3 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 公費分単位数 | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 単位数単価 | 1 0 0 0 | 円/単位 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険請求額 | | 2 3 6 9 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担額 | | 2 6 3 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 公費請求額 | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 公費分本人負担 | | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

特別地域加算計算、同一建物減算と処遇改善加算のサービス単位数を集計して求める
 $364 + (-270) + 239 = 333$

| | | | | | | |
|---------------|-----|---|------------------|--------|--------------|----|
| 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(円) | 備考 |
| | | | | | | |

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（短期利用以外）・小規模多機能型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）

記載例 2 1 - 1
月を通じて住所地特例対象者が夜間訪問介護を受けた場合の処遇改善加算を含んだ請求（現行）

| | | | | | | | | | | | |
|---------|---------|-------------------------------|------|------|----|-----|-----|----|---|---|----|
| 公費負担者番号 | | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 3 | 月分 | | | |
| 公費受給者番号 | | 保険者番号 | 9 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 0 0 0 0 0 1 1 1 1 | | | | | | | | | |
| | (フリガナ) | カノ 伊助 | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 介護 一郎 | | | | | | | | | |
| | 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 | 要介護 1・2・3・4・5 | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 平成 | 2 | 9 | 年 | 0 | 4 | 月 | 0 | 1 | 日 | から |
| | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 3 | 月 | 3 | 1 | 日 | まで |
| 請求事業者 | 事業所番号 | 9 0 7 0 0 0 0 0 1 0 | | | | | | | | | |
| | 事業所名称 | 事業所 | | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 9 9 9 - 9 9 9 9 県 市 町 5-5-5 | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 099 - 555 - 5555 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|---|---------------------|-------|-----------|---|--|---|-------|----|--|---|--|---|--|---|
| 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 | 9 0 7 0 0 0 0 1 1 1 | 事業所名称 | 居宅介護支援事業所 | | | | | | | | | | | |
| 開始年月日 | 平成 | | 年 | | 月 | | 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 |
|--------|---------|-----|----|---------|-------|---------|----|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| 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 |
|--------------|-------------|-------|----|---------|-------|---------|----|
| | | | | | | | |
| 夜間訪問介護処遇改善加算 | 7 1 6 1 0 9 | 2 4 0 | 1 | 2 4 0 | | | |

同一建物減算は合成単位数として本体報酬に組み込まれている

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

対象となる全てのサービス単位数を集計し、率(10%)を乗じて求める(小数点以下四捨五入)
2,400 × 0.1 = 240

| | | | | | | | |
|---------------|-----|--|---|------------------|--------|--------------|----|
| 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（円） | 備考 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

様式第二（附則第二条関係）

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・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）

記載例 2 1 - 2
月を通じて住所地特例対象者が夜間訪問介護を受けた場合（1種類の減算）の処遇改善加算を含んだ請求（拡充）

| | | |
|---------|---------|--|
| 公費負担者番号 | | 平成 |
| 公費受給者番号 | | 保険者番号 9 0 2 0 1 0 |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 0 0 0 0 0 1 1 1 1 |
| | (フリガナ) | 加代 伊助 |
| | 氏名 | 介護 一郎 |
| | 生年月日 | 1.明治 2.大正 3.昭和 0 5 年 0 5 月 0 5 日 性別 1.男 2.女 |
| | 要介護状態区分 | 要介護 1・2・3・4・5 |
| | 認定有効期間 | 平成 3 0 年 0 4 月 0 1 日 から 平成 3 1 年 0 3 月 3 1 日 まで |
| 請求事業者 | 事業所番号 | 9 0 7 0 0 0 0 0 1 0 |
| | 事業所名称 | 事業所 |
| | 所在地 | 〒 9 9 9 - 9 9 9 9 県 市 町 5-5-5 |
| | 連絡先 | 電話番号 099 - 555 - 5555 |

| | | |
|----------|---|-----------------|
| 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 9 0 7 0 0 0 0 1 1 1 | 事業所名称 居宅介護支援事業所 |
| 開始年月日 | 平成 年 月 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 9.介護医療院入所 | |

| 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 |
|--------|---------|-----|----|---------|-------|---------|----|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

住所地特例対象者のみサービスを受けている場合は同一建物減算を給付費明細欄（住所地特例対象者）に記載する

71-XXXX（同一建物減算・-10%）は、夜間訪問介護に-10%を乗じて求める（小数点以下四捨五入）
2,667 × (-0.1) = -266.7 -267

同一建物減算を含まない基本サービスを記載

一か月分まとめて記載する

| 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 | 施設所在保険者番号 | 摘要 |
|--------------|-------------|---------|----|---------|-------|---------|-----------|----|
| 夜間訪問介護 | 7 1 2 1 1 1 | 2 6 6 7 | 1 | 2 6 6 7 | | | 902222 | |
| 同一建物減算（-10%） | 7 1 X X X X | | 1 | - 2 6 7 | | | 902222 | |
| 夜間訪問介護処遇改善加算 | 7 1 6 1 0 9 | 2 4 0 | 1 | 2 4 0 | | | 902222 | |

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

同一建物減算の単位数は空欄にする

対象となる全てのサービス単位数を集計し、率(10%)を乗算して求める（小数点以下四捨五入）
(2,667 + (-267)) × 0.1 = 240

| | | | | | |
|---------------|-------|------------------|--------|--------------|----|
| 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（円） | 備考 |
| | | | | | |

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（短期利用以外）・小規模複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅

記載例 2 2 - 1
 月途中に住所地特例対象者（転居後に減算対象）となり、処遇改善加算を含んだ請求（現行）

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|---------|---------------------------------|---|---|---|---|---|----|---|---------------------|---------------|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------|------------------|--|--|
| 公費負担者番号 | | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 3 | 月分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 公費受給者番号 | | 保険者番号 | 9 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 0 0 0 0 0 1 1 1 1 | | | | | | | 事業所番号 | 9 0 7 0 0 0 0 0 1 0 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (フリガナ) | カゴ イロウ | | | | | | | 事業所名称 | 事業所 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 介護 一郎 | | | | | | | | 連絡先 | 9 9 9 町 5-5-5 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 1.明治 2.大正 3.昭和 0 5 年 0 5 月 0 | | | | | | | 転居前は同一建物減算の対象ではないサービス(夜間訪問介護定期巡回)を受けていたが、転居後に同じサービスで同一建物減算の対象となった場合 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要介護状態区分 | 要介護 1・2・3・4・5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 平成 | 2 | 9 | 年 | 0 | 4 | 月 | 0 | 1 | 日 | から | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 3 | 月 | 3 | 1 | 日 | まで | 電話番号 | 099 - 555 - 5555 | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|---|---------------------|--|---|--|--|---|--|--|---|-------|-------|-----------|--|---|--|--|---|--|--|---|--|
| 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 | 9 0 7 0 0 0 0 1 1 1 | | | | | | | | | | 事業所名称 | 居宅介護支援事業所 | | | | | | | | | |
| 開始年月日 | 平成 | | | 年 | | | 月 | | | 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 | 施設所在 保険者番号 | 摘要 |
|--------|---------|-----|----|---------|-------|---------|---------------|----|
| | | | | | | | | |

| 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 | 施設所在 保険者番号 | 摘要 |
|--------------|-------------|-------|----|---------|-------|---------|---------------|----|
| | | | | | | | | |
| 夜間訪問介護処遇改善加算 | 7 1 6 1 1 1 | 6 8 1 | 1 | 6 8 1 | | | 902111 | |

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

対象となる全てのサービス単位数を集計し、率(10%)を乗じて求める(小数点以下四捨五入)
 $(1,840 + 4,965) \times 0.1 = 680.5 \quad 681$

| | | | | | | | |
|---------------|-----|--|---|-------------------|---------|---------------|----|
| 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 (円) | 備考 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

様式第二（附則第二条関係）

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・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）
複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多

記載例 2 2 - 2
月途中で住所地特例対象者（転居後に減算対象）となり、処遇改善加算を含んだ請求（拡充）

| | | | | | | | | | | | |
|---------|-----------------------|--------|------|-----|--|---|---|----|---|---|----|
| 公費負担者番号 | | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月分 | | | |
| 公費受給者番号 | | 保険者番号 | 9 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | (フリガナ) | カゴ イロウ | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 介護 一郎 | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 1.明治 | 2.大正 | 3.昭 | 転居前は同一建物減算の対象ではないサービス(夜間訪問介護 定期巡回)を受けていたが、転居後に同じサービスで同一建物減算の対象となった場合 | | | | | | |
| 要介護状態区分 | 要介護 1 | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月 | 0 | 1 | 日 | から |
| | 平成 | 3 | 1 | 年 | 0 | 3 | 月 | 3 | 1 | 日 | まで |
| 事業所番号 | 9 0 7 0 0 0 0 0 1 0 | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | 事業所 | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 099 - 555 - 5555 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|---|-------------|-----------|--|---|--|---|-------|----|--|---|--|---|--|---|
| 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 | 9 0 7 0 0 0 0 1 1 1 | 事業所名称 | 居宅介護支援事業所 | | | | | | | | | | | | |
| 開始年月日 | 平成 | | 年 | | 月 | | 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 9.介護医療院入所 | | | | | | | | | | | | | | |

| 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 |
|---|-------------|-------|----|---------|-------|---------|----|
| 夜間訪問介護 定期巡回 | 7 1 1 1 2 1 | 3 6 8 | 5 | 1 8 4 0 | | | |
| <p>月途中で変更となった場合、1回もしくは日割りサービスのみ算定可 1月のサービスは算定不可</p> | | | | | | | |

71-XXXX(同一建物減算・-10%)は、転居後に受けた夜間訪問介護の15回分に-10%を乗じて求める(小数点以下四捨五入)
5,520 × (-0.1) = -552

| 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 | 保険者番号 | 摘要 |
|--------------|-------------|-------|-----|---------|-------|---------|--------|----|
| 夜間訪問介護 定期巡回 | 7 1 1 1 2 1 | 3 6 8 | 1 5 | 5 5 2 0 | | | 902111 | |
| 同一建物減算(-10%) | 7 1 X X X X | | 1 | - 5 5 2 | | | 902111 | |
| 夜間訪問介護処遇改善加算 | 7 1 6 1 1 1 | 6 8 1 | 1 | 6 8 | | | | |

対象となる全てのサービス単位数を集計し、率(10%)を乗算して求める(小数点以下四捨五入)
(1,840 + 5,520 + (-552)) × 0.1 = 680.8 681

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

| 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(円) | 備考 |
|---------------|-----|---|------------------|--------|--------------|----|
| | | | | | | |

様式第二（附則第二条関係）

記載例 2 3 - 1

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（短期利用以外）・小規模複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅

月途中に住所地特例対象者（転居前に減算対象）となり、処遇改善加算を含んだ請求（現行）

| | | | | | | | | | | | |
|---------|-----------------------|-------|------|-----|---|---|---|----|---|---|----|
| 公費負担者番号 | | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 3 | 月分 | | | |
| 公費受給者番号 | | 保険者番号 | 9 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | (フリガナ) | カゴ イロ | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 介護 一郎 | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 1.明治 | 2.大正 | 3.昭 | 0 | 5 | 年 | 0 | 5 | 月 | 0 |
| 要介護状態区分 | 要介護 1・2・3・4・5 | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 平成 | 2 | 9 | 年 | 0 | 4 | 月 | 0 | 1 | 日 | から |
| | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 3 | 月 | 3 | 1 | 日 | まで |
| 事業所番号 | 9 0 7 0 0 0 0 0 1 0 | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | 事業所 | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 099 - 555 - 5555 | | | | | | | | | | |

転居前は同一建物減算の対象のサービス(夜間訪問介護 定期巡回・同一)を受けていたが、転居後に同じサービスで同一建物減算の対象外となった場合

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|---|-------------|-----------|--|---|--|---|-------|----|--|---|--|---|--|---|
| 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 | 9 0 7 0 0 0 0 1 1 1 | 事業所名称 | 居宅介護支援事業所 | | | | | | | | | | | | |
| 開始年月日 | 平成 | | 年 | | 月 | | 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 |
|----------------|-------------|-------|----|---------|-------|---------|----|
| 夜間訪問介護 定期巡回・同一 | 7 1 1 1 2 3 | 3 3 1 | 5 | 1 6 5 5 | | | |

| 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 | 施設所在保険者番号 | 摘要 |
|--------------|-------------|-------|-----|---------|-------|---------|-----------|----|
| 夜間訪問介護 定期巡回 | 7 1 1 1 2 1 | 3 6 8 | 1 5 | 5 5 2 0 | | | 902111 | |
| 夜間訪問介護処遇改善加算 | 7 1 6 1 1 1 | 7 1 8 | 1 | 7 1 8 | | | 902111 | |

| | | | | | | | | | |
|-------------------|-----|-----------|--------|--|--|--|--|--|------------|
| サービス種類コード / 名称 | 7 1 | 夜間対応型訪問介護 | | | | | | | |
| サービス実日数 | 1 0 | 日 | | | | | | | |
| 計画単位数 | 7 1 | 7 5 | | | | | | | |
| 限度額管理対象単位数 | 7 1 | 7 5 | | | | | | | |
| 限度額管理対象外単位数 | 7 1 | 8 | | | | | | | 給付率 (/100) |
| 給付単位数 (のうち少ない数) + | 7 8 | 9 3 | | | | | | | 保険 9 0 |
| 公費分単位数 | | 0 | | | | | | | 公費 |
| 単位数単価 | 1 0 | 0 0 | 円 / 単位 | | | | | | 合計 |
| 保険請求額 | 7 1 | 0 3 7 | | | | | | | 7 1 0 3 7 |
| 利用者負担額 | 7 8 | 9 3 | | | | | | | 7 8 9 3 |
| 公費請求額 | | 0 | | | | | | | 0 |
| 公費分本人負担 | | 0 | | | | | | | 0 |

対象となる全てのサービス単位数を集計し、率(10%)を乗じて求める(小数点以下四捨五入)
 $(1,655 + 5,520) \times 0.1 = 717.5 \rightarrow 718$

| | | | | | | |
|---------------|-----|---|-------------------|---------|---------------|----|
| 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 (円) | 備考 |
|---------------|-----|---|-------------------|---------|---------------|----|

様式第二（附則第二条関係）

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

記載例 2 3 - 2
 月途中で住所地特例対象者（転居前に減算対象）となり、処遇改善加算を含んだ請求（拡充）

（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・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）

| | | | | | | | | | | | |
|---------|-----------------------|--------|------|-----|---|---|---|----|---|---|----|
| 公費負担者番号 | | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月分 | | | |
| 公費受給者番号 | | 保険者番号 | 9 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | (フリガナ) | カゴ イロウ | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 介護 一郎 | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 1.明治 | 2.大正 | 3.昭 | 転居前は同一建物減算の対象のサービス(夜間訪問介護 定期巡回・同一)を受けていたが、転居後に同じサービスで同一建物減算の対象外となった場合 | | | | | | |
| 要介護状態区分 | 要介護 1 | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 4 | 月 | 0 | 1 | 日 | から |
| | 平成 | 3 | 1 | 年 | 0 | 3 | 月 | 3 | 1 | 日 | まで |
| 事業所番号 | 9 0 7 0 0 0 0 0 1 0 | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | 事業所 | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 099 - 555 - 5555 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|----------|----------------------------------|-------------|---|--|---|--|---|-----------|
| 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 | | | | | | |
| 開始年月日 | 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 | | | | | | | 9.介護医療院入所 |

| 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 |
|---------------|-------------|-------|----|---------|-------|---------|----|
| 夜間訪問介護 定期巡回 | 7 1 1 1 2 1 | 3 6 8 | 5 | 1 8 4 0 | | | |
| 同一建物減算 (-10%) | 7 1 X X X X | | 1 | - 1 8 4 | | | |

71-XXXX (同一建物減算・-10%)は、転居前に受けた夜間訪問介護の5回分に-10%を乗じて求める(小数点以下四捨五入)
 $1,840 \times (-0.1) = -184$

| 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 | 施設所在保険者番号 | 摘要 |
|--------------|-------------|-------|-----|---------|-------|---------|-----------|----|
| 夜間訪問介護 定期巡回 | 7 1 1 1 2 1 | 3 6 8 | 1 5 | 5 5 2 0 | | | 902111 | |
| 夜間訪問介護処遇改善加算 | 7 1 6 1 1 1 | 7 1 8 | 1 | 7 1 8 | | | 902111 | |

対象となる全てのサービス単位数を集計し、率(10%)を乗算して求める(小数点以下四捨五入)
 $(1,840 + 5,520 + (-184)) \times 0.1 = 717.6 \quad 718$

| | | | | | | | | |
|-------------------|---------|-----------|--|--|--|--|--|------------|
| サービス種類コード / 名称 | 7 1 | 夜間対応型訪問介護 | | | | | | |
| サービス実日数 | 1 0 | 日 | | | | | | |
| 計画単位数 | | 7 3 6 0 | | | | | | |
| 限度額管理対象単位数 | | 7 3 6 0 | | | | | | |
| 限度額管理対象外単位数 | | 5 3 4 | | | | | | 給付率 (/100) |
| 給付単位数 (のうち少ない数) + | | 7 8 9 4 | | | | | | 保険 |
| 公費分単位数 | | 0 | | | | | | 公費 |
| 単位数単価 | 1 0 0 0 | 円 / 単位 | | | | | | 合計 |
| 保険請求額 | | 7 1 0 4 6 | | | | | | |
| 利用者負担額 | | 7 8 9 4 | | | | | | |
| 公費請求額 | | 0 | | | | | | 0 |
| 公費分本人負担 | | 0 | | | | | | 0 |

| | | | | | | |
|---------------|-----|---|-------------------|---------|---------------|----|
| 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 (円) | 備考 |
|---------------|-----|---|-------------------|---------|---------------|----|

様式第二（附則第二条関係）

記載例 2 4 - 1

住所地特例対象者が日割りで夜間訪問介護を受けた場合の処遇改善加算を含んだ請求（現行）

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（短期利用以外）・小規模多機能型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）

| | | | | | | | | | | | |
|---------|-----------------------|--------------|------|-----|--------------------------------------|---|---|----|---|---|----|
| 公費負担者番号 | | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 3 | 月分 | | | |
| 公費受給者番号 | | 保険者番号 | 9 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | (フリガナ) | カノ イチロウ | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 介護 一郎 | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 1.明治 | 2.大正 | 3.昭 | 転居前と転居後でどちらも同一建物減算の対象であるサービスを受けている場合 | | | | | | |
| | 要介護状態区分 | 要介護1・2・3・4・5 | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 平成 | 2 | 9 | 年 | 0 | 4 | 月 | 0 | 1 | 日 | から |
| | 平成 | 3 | 0 | 年 | 0 | 3 | 月 | 3 | 1 | 日 | まで |
| 事業所番号 | 9 0 7 0 0 0 0 0 1 0 | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 | 事業所 | | | | | | | | | | |
| 請求 | 〒 9 9 9 - 9 9 9 9 | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 099 - 555 - 5555 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|---|---------------------|-------|-----------|---|--|---|-------|----|--|---|--|---|--|---|
| 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 | 9 0 7 0 0 0 0 1 1 1 | 事業所名称 | 居宅介護支援事業所 | | | | | | | | | | | |
| 開始年月日 | 平成 | | 年 | | 月 | | 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 | 施設所在保険者番号 | 摘要 |
|--------|---------|-----|----|---------|-------|---------|-----------|----|
| | | | | | | | | |

| 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 | 施設所在保険者番号 | 摘要 |
|--------------|-------------|-------|----|---------|-------|---------|-----------|----|
| | | | | | | | | |
| 夜間訪問介護処遇改善加算 | 7 1 6 1 0 9 | 1 5 8 | 1 | 1 5 8 | | | 902333 | |

| | | | | | | | | | |
|-----------------|---------|-----------|--|--|--|--|--|--|-----------|
| サービス種類コード / 名称 | 7 1 | 夜間対応型訪問介護 | | | | | | | |
| サービス実日数 | 1 0 | 日 | | | | | | | |
| 計画単位数 | | 1 5 8 0 | | | | | | | |
| 限度額管理対象単位数 | | 1 5 8 0 | | | | | | | |
| 限度額管理対象外単位数 | | 1 5 8 | | | | | | | 給付率（/100） |
| 給付単位数（のうち少ない数）+ | | 1 7 3 8 | | | | | | | 保険 |
| 公費分単位数 | | 0 | | | | | | | 公費 |
| 単位数単価 | 1 0 0 0 | 円 / 単位 | | | | | | | 合計 |
| 保険請求額 | | 1 5 6 4 2 | | | | | | | 1 5 6 4 2 |
| 利用者負担額 | | 1 7 3 8 | | | | | | | 1 7 3 8 |
| 公費請求額 | | 0 | | | | | | | 0 |
| 公費分本人負担 | | 0 | | | | | | | 0 |

対象となる全てのサービス単位数を集計し、率(10%)を乗じて求める(小数点以下四捨五入)
 $(395 + 1185) \times 0.1 = 158$

| | | | | | | |
|---------------|-----|---|------------------|--------|--------------|----|
| 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（円） | 備考 |
|---------------|-----|---|------------------|--------|--------------|----|

様式第二（附則第二条関係）

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・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）

記載例 2 4 - 2
 住所地特例対象者が日割りで夜間訪問介護を受けた場合（どちらも同様の減算）の処遇改善加算を含んだ請求（拡充）

| | | | | |
|---------|----------------------------------|--|-------|---------------------|
| 公費負担者番号 | | 平成 | | |
| 公費受給者番号 | | 保険者番号 9 0 2 0 1 0 | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 0 0 0 0 0 1 1 1 1 | 事業所番号 | 9 0 7 0 0 0 0 0 1 0 |
| | (フリガナ) | カゴ イロウ | 事業所名称 | 事業所 |
| | 氏名 | 介護 一郎 | 〒 | 9 9 9 - 9 9 9 9 |
| | 生年月日 | 1.明治 2.大正 3.昭和 0 5 年 0 5 月 0 5 日 | 請求 | |
| | 要介護状態区分 | 要介護 1・2 | | |
| 認定有効期間 | 平成 3 0 年 0 4 月 平成 3 1 年 0 3 月 | 転居前は同一建物減算（-10%）の対象であり、転居後も同一建物減算（-10%）が適用された場合 同一建物減算の率が同じ場合、給付費明細欄と給付費明細欄（住所地特例対象者）の月末の状況における欄に記載する（両方の欄には記載できない） | | |

| | | | |
|----------|---|-------------|-----------|
| 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 | 9 0 7 0 0 0 0 1 1 1 | 事業所名称 | 居宅介護支援事業所 |
| 開始年月日 | 平成 年 月 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 9.介護医療院入所 | | |

| 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 |
|-----------|-------------|-----|----|---------|-------|---------|----|
| 夜間訪問介護・日割 | 7 1 2 1 1 2 | 8 8 | 5 | 4 4 0 | | | |

同一建物減算の単位数は空欄にする

転居前後で同一建物減算の対象となり減算率が同一の場合、月末の状況における欄に、一か月分まとめて記載する

71-XXXX（同一建物減算・-10%）は、夜間訪問介護・日割の20回分に-10%を乗じて求める（給付費明細欄と給付費明細欄（住所地特例対象者）のサービスがどちらも-10%の減算のため、合わせて計算する）
 $(440 + 1,320) \times (-0.1) = -176$

| 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 |
|--------------|-------------|-------|-----|---------|-------|---------|----|
| 夜間訪問介護・日割 | 7 1 2 1 1 2 | 8 8 | 1 5 | 1 3 2 0 | | | |
| 同一建物減算（-10%） | 7 1 X X X X | | 1 | - 1 7 6 | | 902333 | |
| 夜間訪問介護処遇改善加算 | 7 1 6 1 0 9 | 1 5 8 | 1 | 1 5 8 | | 902333 | |

| サービス種類コード / 名称 | サービス実日数 | 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（のうち少ない数）+ | 公費分単位数 | 単位数単価 | 保険請求額 | 利用者負担額 | 公費請求額 | 公費分本人負担 |
|---|---------|---------|------------|-------------|-----------------|--------|--------------|-----------|---------|-------|---------|
| 7 1 夜間対応型訪問介護 | 1 0 日 | 1 7 6 0 | 1 7 6 0 | - 1 8 | 1 7 4 2 | 0 | 1 0 0 0 円/単位 | 1 5 6 7 8 | 1 7 4 2 | 0 | 0 |
| 対象となる全てのサービス単位数を集計し、率(10%)を乗じて求める(小数点以下四捨五入) $440 + 1,320 + (-176) \times 0.1 = 158.4 \rightarrow 158$ | | | | | | | | | | | |
| 請求額集計欄 | | | | | | | | | | | |
| 給付率（/100） | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 保険 | 9 0 | | |
| | | | | | | | | 公費 | | | |
| 合計 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 1 5 6 7 8 | 1 7 4 2 | 0 | 0 |

| 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（円） | 備考 |
|---------------|-----|---|------------------|--------|--------------|----|
| | | | | | | |

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・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護 (短期利用以外
複合型サービス (看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外) ・複合型サービス (看護小規模多

記載例 2 4 - 3
住所地特例対象者が日割りで夜間訪問介護を受けた場合 (異なる減算率) の処遇改善加算を含んだ請求 (拡充)

| | | | | |
|---------|--|-------------------------------------|---|---------------------|
| 公費負担者番号 | | 平成 | | |
| 公費受給者番号 | | 保険者番号 9 0 2 0 1 0 | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 0 0 0 0 0 1 1 1 1 | 事業所番号 | 9 0 7 0 0 0 0 0 1 0 |
| | (フリガナ) | カゴ イロウ | 事業所名称 | 事業所 |
| | 氏名 | 介護 一郎 | 〒 | 9 9 9 - 9 9 9 9 |
| | 生年月日 | 1.明治 2.大正 3.昭和 0 5 年 0 5 月 0 5 日 | 転居前は同一建物減算 (- 10%) の対象であったが、転居後に同一建物減算 (- 15%) が適用された場合 | |
| 要介護状態区分 | 要介護 1・2・3・4・5 | 連絡先 | 電話番号 | 099 - 555 - 5555 |
| 認定有効期間 | 平成 3 0 年 0 4 月 0 1 日 から 平成 3 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 | |
| | 事業所番号 | 9 0 7 0 0 0 0 1 1 1 | 事業所名称 |

| | | | | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|-------|----|---|---|---|
| 開始年月日 | 平成 | 年 | 月 | 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 9.介護医療院入所 | | | | | | | | |

| 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 |
|------------------|---------------|-----|----|---------|-------|
| 夜間訪問介護・日割 | 7 1 2 1 1 2 | 8 8 | 5 | 4 4 0 | |
| 同一建物減算 (- 10%) | 7 1 X X X X X | | 1 | - 4 4 | |

同一建物減算の単位数は空欄にする

一か月分まとめて記載する

71-XXXX (同一建物減算・ - 10%) は、転居前に受けた夜間訪問介護・日割の 5 回分に - 10% を乗じて求める (小数点以下四捨五入)
440 × (- 0.1) = - 44

| 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 |
|------------------|---------------|-------|-----|---------|-------|
| 夜間訪問介護・日割 | 7 1 2 1 1 2 | 8 8 | 1 5 | 1 3 2 0 | |
| 同一建物減算 (- 15%) | 7 1 Y Y Y Y Y | | 1 | - 1 9 8 | |
| 夜間訪問介護処遇改善加算 | 7 1 6 1 0 9 | 1 5 2 | 1 | 1 5 2 | |

71-YYYY (同一建物減算・ - 15%) は、引越後に受けた夜間訪問介護・日割の 15 回分に - 15% を乗じて求める (小数点以下四捨五入)
1,320 × (- 0.15) = - 198

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

対象となる全てのサービス単位数を集計し、率 (10%) を乗算して求める (小数点以下四捨五入)
(440 + 1,320 + (- 44) + (- 198)) × 0.1 = 151.8 152 (/ 100)

給付費明細欄と給付費明細欄 (住所地特例対象者) で限度額管理対象外のサービスが複数ある場合はサービス単位数を合計して記載する
152 + (- 44) + (- 198) = - 90

| | | | | | | |
|---------------|-----|---|---------------------|-----------|-----------------|----|
| 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 (円) | 備考 |
| | | | | | | |

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付

（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
 夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護（短
 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看

記載例 2 5

指定生活介護事業所(93/100)と指定児童発達支援
 事業所(90/100)が同一事業所番号で通所介護の共
 生型サービスを提供した場合の請求明細書

| | |
|-------------|--|
| 公費負担者番号 | |
| 公費受給者番号 | |
| 被保険者 番号 | 0 0 0 0 0 0 2 2 2 2 |
| (フリガナ) | カノ 伊助 |
| 氏名 | 介護 一郎 |
| 生年月日 | 1.明治 2.大正 3.昭和 0 5 年 0 9 月 0 9 日 |
| 性別 | 1.男 2.女 |
| 要介護 状態区分 | 要介護 1・2・3・4・5 |
| 認定有効 期間 | 平成 3 0 年 0 4 月 0 1 日 から 平成 3 1 年 0 3 月 3 1 日 まで |

| | |
|-----------|----------------------------------|
| 事業所 番号 | 9 0 7 0 0 0 0 0 2 0 |
| 事業所 名称 | 事業所 |
| 所在地 | 〒 9 9 9 - 9 9 9 9 県 市 町 5-5-5 |
| 連絡先 | 電話番号 099 - 555 - 5555 |

| | |
|------------------|--|
| 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 | 9 0 7 0 0 0 0 2 |
| 事業所 | 居宅介護支援事業所 |
| 開始 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. 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院 9.介護医療院入所 |

| 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 |
|--------------------------|-------------|-------|-----|---------|-----------|---------|----|
| 通所介護 11 | 1 5 2 2 4 1 | 3 8 0 | 1 0 | 3 8 0 0 | | | |
| 通所介護 21 | 1 5 2 3 4 1 | 5 7 2 | 1 0 | 5 7 2 0 | | | |
| 共生型サービス(指定生活 介護)(-7%) | 1 5 Z Z Z Z | | 1 | - 6 6 6 | | | |

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

| | | | | | | |
|-----------------------|-----|---|----------------------|--------|------------------|----|
| 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(円) | 備考 |
|-----------------------|-----|---|----------------------|--------|------------------|----|

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明

（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・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護（短期利
複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小

記載例 2 6

サービス提供体制強化加算・処遇改善加算を
含んだ限度額オーバーの通所介護の共生型
サービスを提供した場合の請求明細書

| | | |
|-------------|---------------------|----------------------------------|
| 公費負担者番号 | | 平 |
| 公費受給者番号 | | 9 0 2 0 3 0 |
| 被保険者番号 | 0 0 0 0 0 0 3 3 3 3 | 事業所番号 9 0 7 0 0 0 0 0 3 0 |
| (フリガナ) | 加古 伊助 | 事業所名称 事業所 |
| 氏名 | 介護 一郎 | 〒 9 9 9 - 9 9 9 9 県 市 町 5-5-5 |
| 生年月日 | 1.明治 0 5 年 | 電話番号 099 - 555 - 5555 |
| 要介護 状態区分 | | |
| 認定有効 期間 | 平成 3 平成 3 | |

<サービス提供体制強化加算の対象となるサービス>
・通所介護 11
・共生型サービス
<共生型サービスの対象となるサービス>
・通所介護 11
<処遇改善加算の対象となるサービス>
・処遇改善加算以外のサービス

| | | |
|----------|---|----------------|
| 居宅サービス計画 | 1 居宅介護支援事業所作成 | 2 被保険者作成 |
| 開始年月日 | 平成 年 月 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 9.介護医療院入所 | |

| 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 |
|----------------------|-------------|-------|-----|---------|----|
| 通所介護 11 | 1 5 2 2 4 1 | 3 8 0 | 1 1 | 4 1 8 0 | |
| 共生型サービス(指定生活介護)(-7%) | 1 5 Z Z Z Z | | 1 | - 2 9 3 | |
| 通所介護サービス提供体制加算 1 | 1 5 6 1 0 0 | 1 8 | 7 | 1 2 6 | |
| 通所介護処遇改善加算 | 1 5 6 1 0 7 | 1 1 6 | 1 | 1 0 4 | |

共生型サービスの対象となるサービス(通所介護 11)のサービス単位数の合計に-7%を乗じて求めた値を記載する(小数点以下四捨五入)
 $4,180 \times (-0.07) = -292.6 \rightarrow -293$

限度額管理対象単位数が計画単位数を超えているため、計画単位数と対象となる全ての限度額管理対象外のサービス単位数を集計し、率を乗じて求める(小数点以下四捨五入)
 $(2,300 + 126) \times 0.043 = 104.3 \rightarrow 104$

<サービス提供体制強化加算(1回につき)の考え方>
支給限度額を超えてサービスを利用する場合、サービス提供体制強化加算は、本体報酬が保険給付される回数以下の回数分しか給付されない
通所介護 11:6回(2,280)
共生型サービス:1回(-293)
 $2,280 + (-293) = 1,987 \rightarrow 2,300$
さらに 7 回目の一部までが保険給付の対象となるため、サービス提供体制強化加算は最大で 7 回まで算定可能

| | | |
|-----------------|--------------|---------------------|
| サービス種類コード / 名称 | 1 5 通所介護 | |
| サービス実日数 | 1 1 日 | |
| 計画単位数 | 2 3 0 0 | |
| 限度額管理対象単位数 | 3 8 8 7 | |
| 限度額管理対象外単位数 | 2 3 0 | |
| 給付単位数(のうち少ない数)+ | 2 5 3 0 | 給付率(/100) 保険 9 0 |
| 公費分単位数 | 0 | 公費 |
| 単位数単価 | 1 0 0 0 円/単位 | 合計 |
| 保険請求額 | 2 2 7 7 0 | 2 2 7 7 0 |
| 利用者負担額 | 2 5 3 0 | 2 5 3 0 |
| 公費請求額 | 0 | 0 |
| 公費分本人負担 | 0 | 0 |

給付費明細欄の限度額管理対象サービスのサービス単位数を集計して求める
 $4,180 + (-293) = 3,887$

給付費明細欄の限度額管理対象外サービスのサービス単位数を集計して求める
 $126 + 104 = 230$

| | | | | | | |
|---------------|-----|---|------------------|--------|--------------|----|
| 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(円) | 備考 |
| | | | | | | |