

介護給付費請求書・明細書様式

様式番号	種類	見直し事項
様式第一	介護給付費請求書	食事提供費用の欄を特定入所者介護サービス費等に変更。
様式第二	訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション又は福祉用具貸与に係る居宅サービス介護給付費明細書	社福軽減欄の追加。
様式第三	短期入所生活介護に係る居宅サービス介護給付費明細書	特定入所者介護サービス費等の食費・居住費に係る記載欄を追加。 社福軽減欄の追加。
様式第四	介護老人保健施設における短期入所療養介護に係る居宅サービス介護給付費明細書	特定入所者介護サービス費等の食費・居住費に係る記載欄を追加。
様式第五	病院又は診療所における短期入所療養介護に係る居宅サービス介護給付費明細書	特定入所者介護サービス費等の食費・居住費に係る記載欄を追加。
様式第六	認知症対応型共同生活介護又は特定施設入所者生活介護に係る居宅サービス介護給付費明細書	
様式第七	居宅介護支援介護給付費明細書	
様式第八	介護福祉施設サービスに係る施設サービス介護給付費明細書	食事費用欄を削除。 特定入所者介護サービス費の食費・居住費に係る記載欄を追加。 社福軽減欄の追加。
様式第九	介護保健施設サービスに係る施設サービス介護給付費明細書	食事費用欄を削除。 特定入所者介護サービス費の食費・居住費に係る記載欄を追加。
様式第十	介護療養施設サービスに係る施設サービス介護給付費明細書	食事費用欄を削除。 特定入所者介護サービス費の食費・居住費に係る記載欄を追加。
様式第十一	給付管理票	

平成			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

介護給付費請求書

保 険 者

(別 記) 殿

下記のとおり請求します。 平成 年 月 日

事業所番号											
請求事業所	名 称										
	所在地	〒				-					
連絡先											

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
居宅サービス・ 施設サービス											
居宅介護支援											
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 居宅サービス・ 施設サービス							
生 保 居宅介護支援							
10 結核 34 条							
11 結核 35 条							
21 精神 32 条							
15 身障・更生							
19 原爆・一般							
51 特定疾患等 治療研究							
57 障害者・支援措 置							
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							
合 計							

居宅サービス介護給付費明細書

様式第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)

公費負担者番号		平成		年		月分
公費受給者番号		保険者番号				

被保険者	被保険者番号	
	(フリガナ) 氏名	
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 年 月 日 性別 1.男 2.女
	要介護状態区分	要支援・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

請求事業者	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	〒 -
	連絡先	電話番号

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 2.介護保険施設 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他
-------	----------	-------	----------	------	---------------------------------------

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要	

請求額集計欄	サービス種類コード / 名称							
	サービス実日数	日	日	日	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) +							保険
	公費分単位数							公費
	単位数単価	円 / 単位	円 / 単位	円 / 単位	円 / 単位	円 / 単位	円 / 単位	合計
	保険請求額							
	利用者負担額							
公費請求額								
公費分本人負担								

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
	11	訪問介護サービス費				
	15	通所介護サービス費				

居宅サービス介護給付費明細書
(短期入所生活介護)

様式第3

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

平成			年			月分
保険者番号						

被保険者	被保険者番号																					
	(フリガナ)																					
	氏名																					
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男	2.女	年			月			日								
	要介護状態区分	要支援・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

請求事業者	事業所番号													
	事業所名称													
	所在地	〒												
	連絡先	電話番号												

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													

入所年月日	平成			年			月			日
退所年月日	平成			年			月			日
短期入所 実日数										

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

区分	保険分	公費分
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		
単位数単価	円 / 単位	
給付率	/ 100	/ 100
請求額 (円)		
利用者負担額 (円)		

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

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

居宅サービス介護給付費明細書
(介護老人保健施設における短期入所療養介護)

様式第4

公費負担者番号		平成		年		月分
公費受給者番号		保険者番号				

被保険者	被保険者番号															
	(フリガナ)															
	氏名															
	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	要支援・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

請求事業者	事業所番号														
	事業所名称														
	所在地	〒		-											
	連絡先	電話番号													

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	

入所年月日	平成		年		月		日
退所年月日	平成		年		月		日
短期入所 実日数							

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	合計							

緊急時施設療養費	緊急時傷病名											緊急時治療開始年月日	平成		年		月		日
	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	
------	--	-------	--	------	--	-------	--

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定治療	公費分特定治療
	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				
	給付点数・単位数				
	点数・単位数単価	円/単位		10円/点	10円/点
	給付率	/100	/100	/100	/100
	請求額(円)				
利用者負担額(円)					

特定入所者介護サービス費等	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
	合計									
							保険分請求額(円)		公費分請求額	公費分本人負担月額

居宅サービス介護給付費明細書
(病院・診療所における短期入所療養介護)

様式第5

公費負担者番号																				
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

平成			年			月		
----	--	--	---	--	--	---	--	--

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

保険者番号																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者	被保険者番号																					
	(フリガナ)																					
	氏名																					
	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	要支援・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

請求事業者	事業所番号																				
	事業所名称																				
	所在地	〒																			
	連絡先	電話番号																			

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																				

入所年月日	平成			年			月			日
退所年月日	平成			年			月			日
短期入所 実日数										

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
	合計								

特定診療費	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									

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

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

居宅サービス介護給付費明細書
(認知症対応型共同生活介護・特定施設入所者生活介護)

様式第 6

公費負担者番号									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

平成			年			月分	
----	--	--	---	--	--	----	--

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

保険者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

被保険者	被保険者番号									
	(フリガナ)									
	氏名									
	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	要支援・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		

請求事業者	事業所番号									
	事業所名称									
	所在地	〒			-					
	連絡先	電話番号								

入所年月日	平成		年		月		日	退所年月日	平成		年		月		日	入所実日数		外泊日数	
-------	----	--	---	--	---	--	---	-------	----	--	---	--	---	--	---	-------	--	------	--

退所後の状況	1.居宅 2.介護保険施設 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他																		
--------	-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 回数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
	合計								

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

枚中		枚目	
----	--	----	--

平成			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

公費負担者番号									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

保険者番号								
-------	--	--	--	--	--	--	--	--

居宅介護 支援事業者	事業所 番号									所在地	〒								
	事業所 名称											連絡先	電話番号						
												単位数単価							(円/単位)

項番	被保険者															請求計算									
	被保険者番号															(フリガナ)					サービス コード				
	公費受給者番号															氏名									
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和			性別	1.男 2.女				認定 有効期間	平成		年		月		日	から	請求 金額						
	要介護 状態区分	要支援・1・2・3・4・5				平成		年			月		日	まで											
	居宅サービス計画作成依頼届出年月日											平成		年		月		日							
		被保険者番号														(フリガナ)					サービス コード				
公費受給者番号															氏名										
生年月日		1.明治 2.大正 3.昭和			性別	1.男 2.女				認定 有効期間	平成		年		月		日	から	請求 金額						
要介護 状態区分		要支援・1・2・3・4・5				平成		年			月		日	まで											
居宅サービス計画作成依頼届出年月日											平成		年		月		日								
		被保険者番号														(フリガナ)					サービス コード				
	公費受給者番号														氏名										
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和			性別	1.男 2.女				認定 有効期間	平成		年		月		日	から	請求 金額						
	要介護 状態区分	要支援・1・2・3・4・5				平成		年			月		日	まで											
	居宅サービス計画作成依頼届出年月日											平成		年		月		日							
		被保険者番号														(フリガナ)					サービス コード				
公費受給者番号															氏名										
生年月日		1.明治 2.大正 3.昭和			性別	1.男 2.女				認定 有効期間	平成		年		月		日	から	請求 金額						
要介護 状態区分		要支援・1・2・3・4・5				平成		年			月		日	まで											
居宅サービス計画作成依頼届出年月日											平成		年		月		日								

施設サービス等介護給付費明細書
(介護老人福祉施設)

様式第 8

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

平成						年						月分								
保険者番号																				

被保険者	被保険者番号																							
	(フリガナ)																							
	氏名																							
	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	1・2・3・4・5				旧措置入所者特例	1.無 2.有																	
認定有効期間	平成				年			月			日	から	平成				年			月			日	まで

請求事業者	事業所番号																			
	事業所名称																			
	所在地	〒																		
	連絡先	電話番号																		

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

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
		合計							

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

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

社会福祉法人等による 軽減欄	軽減率	%	受領すべき利用者 負担の総額 (円)	軽減額 (円)	軽減後利用者 負担額 (円)	備考
	51	施設介護サービス費				

施設サービス等介護給付費明細書
(介護老人保健施設)

様式第9

公費負担者番号		平成		年		月分
公費受給者番号		保険者番号				

被保険者	被保険者番号															
	(7桁)															
	氏名															
	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	1・2・3・4・5														
	認定有効期間	平成		年		月		日	から	平成		年		月		日

請求事業者	事業所番号										
	事業所名称										
	所在地	〒		-							
	連絡先	電話番号									

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

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	合計							

緊急時施設療養費	緊急時傷病名											緊急時治療開始年月日	平成		年		月		日
	緊急時治療管理(再掲)		単位	単位 x		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
------	-------	------	-------

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

特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
	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
(介護療養型医療施設)

様式第 10

公費負担者番号									
公費受給者番号									

平成			年			月分	
----	--	--	---	--	--	----	--

保険者番号								
-------	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者	被保険者番号										
	(7桁)										
	氏名										
	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	1・2・3・4・5									
	認定有効期間	平成			年			月			日
	平成			年			月			日	まで

請求事業者	事業所番号								
	事業所名称								
	所在地	〒				-			
	連絡先	電話番号							

入院年月日	平成		年		月		日	退院年月日	平成		年		月		日	入院実日数		外泊日数	
主傷病							退院後の状況	1. 居宅 2. 介護保険施設 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他											

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 回数 回数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
合計								

特定診療費	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								

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

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

給付管理票（平成 年 月分）

保険者番号										保険者名									
被保険者番号										被保険者氏名									
フリガナ																			
生年月日					性別					要介護状態区分									
明・大・昭 年 月 日					男・女					要支援・1・2・3・4・5									
居宅サービス支給限度基準額										限度額適用期間									
単位/月					平成 年 月					~					平成 年 月				

作成区分									
1. 居宅介護支援事業者作成									
2. 自己作成									
居宅介護支援事業所番号									
居宅介護支援事業者の事業所名									
居宅介護支援事業者の事業所所在地及び連絡先									

居宅サービス														
居宅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 サービス識別	サービス 種類名	サービス 種類コード	給付計画単位数
											指定・基準該当			
											指定・基準該当			
											指定・基準該当			
											指定・基準該当			
											指定・基準該当			
											指定・基準該当			
											指定・基準該当			
											指定・基準該当			
											指定・基準該当			
											指定・基準該当			
											指定・基準該当			
											指定・基準該当			
											指定・基準該当			
											指定・基準該当			
											指定・基準該当			
											指定・基準該当			
											指定・基準該当			
											指定・基準該当			
											指定・基準該当			
当月合計											指定サービス分小計			
											基準該当サービス分小計			
											合計			