

## 平成 17 年 10 月制度改正にかかる請求明細書の記載例について

### 1. 特定入所者介護サービス費

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

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

| 給付費明細欄 | サービス内容 |   | サービスコード |   |   |   | 単位数 |   | 回数<br>日数 |   | サービス単位数 |   |   |   | 公費分<br>回数等 |   | 公費対象単位数 |   |  |  | 摘要 |  |  |
|--------|--------|---|---------|---|---|---|-----|---|----------|---|---------|---|---|---|------------|---|---------|---|--|--|----|--|--|
|        | 単      | コ | 2       | 1 | 1 | 4 | 3   | 1 | 8        | 0 | 0       | 1 | 0 | 8 | 0          | 0 | 0       |   |  |  |    |  |  |
|        | 単      | コ | 2       | 1 | 1 | 4 | 3   | 1 | 8        | 0 | 0       | 1 | 0 | 8 | 0          | 0 | 0       |   |  |  |    |  |  |
|        | 単      | コ | 2       | 1 | 1 | 4 | 3   | 5 | 8        | 0 | 0       | 1 | 5 | 1 | 2          | 0 | 0       | 0 |  |  |    |  |  |
|        | 合計     |   |         |   |   |   |     |   |          |   |         | 2 | 0 | 0 | 0          | 0 |         |   |  |  |    |  |  |

| 特定入所者介護サービス費等 | サービス内容 |   | サービスコード |   |   |   | 費用単価(円) |   | 負担限度額 |   | 日数 |               | 費用額(円) |   |   |   | 保険分 |   | 公費日数       |   | 公費分 |   | 利用者負担額    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---------------|--------|---|---------|---|---|---|---------|---|-------|---|----|---------------|--------|---|---|---|-----|---|------------|---|-----|---|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|               | 短      | 期 | 5       | 9 | 2 | 1 | 1       | 1 | 1     | 3 | 8  | 0             | 6      | 5 | 0 | 2 | 5   | 3 | 4          | 5 | 0   | 0 | 1         | 8 | 2 | 5 | 0 | 1 | 6 | 2 | 5 | 0 |   |
|               | 短      | 期 | 5       | 9 | 2 | 1 | 1       | 1 | 1     | 3 | 8  | 0             | 6      | 5 | 0 | 2 | 5   | 3 | 4          | 5 | 0   | 0 | 1         | 8 | 2 | 5 | 0 |   |   |   |   |   |   |
|               | 短      | 期 | 5       | 9 | 2 | 1 | 2       | 1 | 1     | 9 | 7  | 0             | 1      | 6 | 4 | 0 | 1   | 0 | 1          | 9 | 7   | 0 | 0         |   |   |   |   |   | 1 | 6 | 4 | 0 | 0 |
|               | 短      | 期 | 5       | 9 | 2 | 1 | 2       | 2 | 1     | 6 | 4  | 0             | 1      | 3 | 1 | 0 | 1   | 5 | 2          | 4 | 6   | 0 | 0         |   |   |   |   |   | 1 | 9 | 6 | 5 | 0 |
|               | 合計     |   |         |   |   |   |         |   |       |   |    | 7             | 8      | 8 | 0 | 0 |     |   |            |   |     |   |           |   |   |   | 5 | 2 | 3 | 0 | 0 |   |   |
|               |        |   |         |   |   |   |         |   |       |   |    | 保険分<br>請求額(円) |        | 2 | 6 | 5 | 0   | 0 | 公費分<br>請求額 |   |     |   | 公費分本人負担月額 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

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

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

| 給付費明細欄 | サービス内容 |   | サービスコード |   |   |   | 単位数 |   | 回数<br>日数 |   | サービス単位数 |   |   |   | 公費分<br>回数等 |   | 公費対象単位数 |   |  |  | 摘要 |  |   |
|--------|--------|---|---------|---|---|---|-----|---|----------|---|---------|---|---|---|------------|---|---------|---|--|--|----|--|---|
|        | 老      | 健 | 2       | 2 | 1 | 3 | 0   | 1 | 7        | 9 | 7       | 1 | 5 | 1 | 1          | 9 | 5       | 5 |  |  |    |  |   |
|        | 老      | 健 | 2       | 2 | 1 | 3 | 0   | 1 | 7        | 9 | 7       | 1 | 5 | 1 | 1          | 9 | 5       | 5 |  |  |    |  | 2 |
|        | 合計     |   |         |   |   |   |     |   |          |   |         | 1 | 1 | 9 | 5          | 5 |         |   |  |  |    |  |   |

| 特定入所者介護サービス費等 | サービス内容 |   | サービスコード |   |   |   | 費用単価(円) |   | 負担限度額 |   | 日数 |               | 費用額(円) |   |   |   | 保険分 |   | 公費日数       |   | 公費分 |   | 利用者負担額    |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|---------------|--------|---|---------|---|---|---|---------|---|-------|---|----|---------------|--------|---|---|---|-----|---|------------|---|-----|---|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
|               | 短      | 期 | 5       | 9 | 2 | 2 | 1       | 1 | 1     | 3 | 8  | 0             | 3      | 0 | 0 | 1 | 5   | 2 | 0          | 7 | 0   | 0 | 1         | 6 | 2 | 0 | 0 | 4 | 5 | 0 | 0 |  |
|               | 短      | 期 | 5       | 9 | 2 | 2 | 1       | 1 | 1     | 3 | 8  | 0             | 3      | 0 | 0 | 1 | 5   | 2 | 0          | 7 | 0   | 0 | 1         | 6 | 2 | 0 | 0 |   |   |   |   |  |
|               | 短      | 期 | 5       | 9 | 2 | 2 | 2       | 4 |       |   |    |               | 0      | 1 | 5 |   |     |   |            |   | 4   | 8 | 0         | 0 |   |   |   |   |   | 0 |   |  |
|               | 合計     |   |         |   |   |   |         |   |       |   |    | 2             | 5      | 5 | 0 | 0 |     |   |            |   |     |   |           |   |   |   | 4 | 5 | 0 | 0 |   |  |
|               |        |   |         |   |   |   |         |   |       |   |    | 保険分<br>請求額(円) |        | 2 | 1 | 0 | 0   | 0 | 公費分<br>請求額 |   |     |   | 公費分本人負担月額 |   |   |   |   |   |   |   |   |  |

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

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

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

(3) 短期入所療養介護(様式第5)のサービスにて、ユニット型病院療養型・夜間勤務等看護( )の体制の事業所へ、月初より29日間ユニット型個室に入所。

要介護状態は要介護5、利用者負担第1段階の認定を受けている場合の記載内容。

| 給付費明細欄 | サービス内容 | サービスコード          | 単位数         | 回数<br>日数 | サービス単位数 | 公費分<br>回数等 | 公費対象単位数 | 摘要 |
|--------|--------|------------------|-------------|----------|---------|------------|---------|----|
|        |        | ユニット型病院療養短期 5・夜勤 | 2 3 2 5 5 2 | 1 2 8 3  | 2 9     | 3 7 2 0 7  |         |    |
|        | 合計     |                  |             |          |         | 3 7 2 0 7  |         |    |

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

| 特定入所者介護サービス費等 | サービス内容      | サービスコード     | 費用単価(円) | 負担限度額 | 日数  | 費用額(円)    | 保険分       |           |  |  |  |  | 公費日数 | 公費分       |        |  |  |  |  | 利用者負担額    |  |           |  |  |  |  |  |
|---------------|-------------|-------------|---------|-------|-----|-----------|-----------|-----------|--|--|--|--|------|-----------|--------|--|--|--|--|-----------|--|-----------|--|--|--|--|--|
|               | 短期療養食費      | 5 9 2 3 1 1 | 1 3 8 0 | 3 0 0 | 2 8 | 3 8 6 4 0 | 3 0 2 4 0 |           |  |  |  |  |      |           |        |  |  |  |  | 8 4 0 0   |  |           |  |  |  |  |  |
|               | 短期療養ユニット型個室 | 5 9 2 3 2 1 | 1 9 7 0 | 8 2 0 | 2 8 | 5 5 1 6 0 | 3 2 2 0 0 |           |  |  |  |  |      |           |        |  |  |  |  | 2 2 9 6 0 |  |           |  |  |  |  |  |
|               | 合計          |             |         |       |     |           |           | 9 3 8 0 0 |  |  |  |  |      |           |        |  |  |  |  |           |  | 3 1 3 6 0 |  |  |  |  |  |
|               |             |             |         |       |     |           |           | 保険分請求額(円) |  |  |  |  |      | 6 2 4 4 0 | 公費分請求額 |  |  |  |  |           |  | 公費分本人負担月額 |  |  |  |  |  |

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

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

要介護状態は要介護3、利用者負担第3段階の認定を受けている場合の記載内容。

|          |                |                     |
|----------|----------------|---------------------|
| 居宅サービス計画 | 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 9 9 9 9 9 9 9 9 9 |
|          | 事業所名称          | 居宅介護支援事業所           |

|          |                      |     |
|----------|----------------------|-----|
| 入所年月日    | 平成 1 7 年 1 0 月 1 日   |     |
| 退所年月日    | 平成 1 7 年 1 0 月 3 0 日 |     |
| 短期入所 実日数 |                      | 3 0 |

| 給付費明細欄 | サービス内容 | サービスコード  | 単位数         | 回数<br>日数 | サービス単位数 | 公費分<br>回数等 | 公費対象単位数 | 摘要 |
|--------|--------|----------|-------------|----------|---------|------------|---------|----|
|        |        | 併設短期生活 3 | 2 1 2 1 3 5 | 8 3 0    | 3 0     | 2 4 9 0 0  |         |    |
|        | 合計     |          |             |          |         | 2 4 9 0 0  |         |    |

| 特定入所者介護サービス費等 | サービス内容 | サービスコード     | 費用単価(円) | 負担限度額 | 日数  | 費用額(円)    | 保険分       |           |  |  |  |  | 公費日数 | 公費分       |        |  |  |  |  | 利用者負担額    |  |           |  |  |  |  |  |
|---------------|--------|-------------|---------|-------|-----|-----------|-----------|-----------|--|--|--|--|------|-----------|--------|--|--|--|--|-----------|--|-----------|--|--|--|--|--|
|               | 短期生活食費 | 5 9 2 1 1 1 | 1 3 8 0 | 6 5 0 | 3 0 | 4 1 4 0 0 | 2 1 9 0 0 |           |  |  |  |  |      |           |        |  |  |  |  | 1 9 5 0 0 |  |           |  |  |  |  |  |
|               | 合計     |             |         |       |     |           |           | 4 1 4 0 0 |  |  |  |  |      |           |        |  |  |  |  |           |  | 1 9 5 0 0 |  |  |  |  |  |
|               |        |             |         |       |     |           |           | 保険分請求額(円) |  |  |  |  |      | 2 1 9 0 0 | 公費分請求額 |  |  |  |  |           |  | 公費分本人負担月額 |  |  |  |  |  |
|               |        |             |         |       |     |           |           |           |  |  |  |  |      |           |        |  |  |  |  |           |  |           |  |  |  |  |  |

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

となる。

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

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

| 特定入所者介護サービス費等 | サービス内容      | サービスコード     | 費用単価(円) | 負担限度額 | 日数      | 費用額(円)    | 保険分       | 公費日数   | 公費分     | 利用者負担額    |
|---------------|-------------|-------------|---------|-------|---------|-----------|-----------|--------|---------|-----------|
|               | 短期生活食費      | 5 9 2 1 1 1 | 1 3 8 0 | 6 5 0 | 3 0     | 4 1 4 0 0 | 2 1 9 0 0 |        |         | 1 9 5 0 0 |
| 短期生活多床室       | 5 9 2 1 2 4 | 3 2 0       | 3 2 0   | 3 0   | 9 6 0 0 | 0         |           |        | 9 6 0 0 |           |
|               |             |             |         |       |         |           |           |        |         |           |
|               |             |             |         |       |         |           |           |        |         |           |
|               | 合計          |             |         |       |         | 5 1 0 0 0 |           |        |         | 2 9 1 0 0 |
|               |             |             |         |       |         | 保険分請求額(円) | 2 1 9 0 0 | 公費分請求額 |         | 公費分本人負担月額 |

(5) 短期入所生活(様式第3)のサービスにて、多床室に月初より2回入所。

要介護状態は要介護3、利用者負担第3段階の認定を受けている場合の記載内容。

<滞在日及び食事の状況>

|              | 入所日 | 食事の状況 |
|--------------|-----|-------|
| 1回目<br>(5日間) | 1日  | 夕     |
|              | 2日  | 朝・昼・夕 |
|              | 3日  | 朝・昼・夕 |
|              | 4日  | 朝・昼・夕 |
|              | 5日  | 朝・昼   |
| 2回目<br>(4日間) | 15日 | 夕     |
|              | 16日 | 朝・昼・夕 |
|              | 17日 | 朝・昼・夕 |
|              | 18日 | 朝・昼   |

<食事に係る契約額>

|    |      |
|----|------|
| 朝食 | 350円 |
| 昼食 | 430円 |
| 夕食 | 600円 |

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

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

| 給付費明細欄 | サービス内容 | サービスコード | 単位数         | 回数<br>日数 | サービス単位数 | 公費分<br>回数等 | 公費対象単位数 | 摘要 |
|--------|--------|---------|-------------|----------|---------|------------|---------|----|
|        | 併設短期生活 | 3       | 2 1 2 1 3 5 | 8 3 0    | 9       | 7 4 7 0    |         |    |
| 合計     |        |         |             |          | 7 4 7 0 |            |         |    |

| 特定入所者介護サービス費等 | サービス内容 | サービスコード     | 費用単価(円) | 負担限度額 | 日数 | 費用額(円)  | 保険分           | 公費日数    | 公費分        | 利用者負担額    |
|---------------|--------|-------------|---------|-------|----|---------|---------------|---------|------------|-----------|
|               | 短期生活食費 | 5 9 2 1 1 1 | 1 3 8 0 | 6 5 0 | 5  | 6 9 0 0 | 3 6 5 0       |         |            | 3 2 5 0   |
|               | 短期生活食費 | 5 9 2 1 1 1 | 7 8 0   | 6 5 0 | 2  | 1 5 6 0 | 2 6 0         |         |            | 1 3 0 0   |
|               | 合計     |             |         |       |    |         | 8 4 6 0       |         |            | 4 5 5 0   |
|               |        |             |         |       |    |         | 保険分<br>請求額(円) | 3 9 1 0 | 公費分<br>請求額 | 公費分本人負担月額 |

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

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

| 特定入所者介護サービス費等 | サービス内容  | サービスコード     | 費用単価(円) | 負担限度額 | 日数 | 費用額(円)        | 保険分     | 公費日数       | 公費分       | 利用者負担額  |
|---------------|---------|-------------|---------|-------|----|---------------|---------|------------|-----------|---------|
|               | 短期生活食費  | 5 9 2 1 1 1 | 1 3 8 0 | 6 5 0 | 5  | 6 9 0 0       | 3 6 5 0 |            |           | 3 2 5 0 |
|               | 短期生活食費  | 5 9 2 1 1 1 | 7 8 0   | 6 5 0 | 2  | 1 5 6 0       | 2 6 0   |            |           | 1 3 0 0 |
|               | 短期生活食費  | 5 9 2 1 1 1 | 6 0 0   | 6 5 0 | 2  | 1 2 0 0       | 0       |            |           | 1 2 0 0 |
|               | 短期生活多床室 | 5 9 2 1 2 4 | 3 2 0   | 3 2 0 | 9  | 2 8 8 0       | 0       |            |           | 2 8 8 0 |
| 合計            |         |             |         |       |    | 1 2 5 4 0     |         |            | 8 6 3 0   |         |
|               |         |             |         |       |    | 保険分<br>請求額(円) | 3 9 1 0 | 公費分<br>請求額 | 公費分本人負担月額 |         |

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

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

| 給付費明細欄 | サービス内容    | サービスコード     | 単位数   | 回数<br>日数 | サービス単位数   | 公費分<br>回数等 | 公費対象単位数 | 摘要 |
|--------|-----------|-------------|-------|----------|-----------|------------|---------|----|
|        | 福祉施設 4    | 5 1 1 1 4 5 | 8 7 1 | 2 0      | 1 7 4 2 0 |            |         | 1  |
|        | 福祉施設 4    | 5 1 1 1 4 1 | 7 8 9 | 8        | 6 3 1 2   |            |         |    |
|        | 福祉施設外泊時費用 | 5 1 6 3 0 0 | 3 2 0 | 3        | 9 6 0     |            |         |    |
| 合計     |           |             |       |          | 2 4 6 9 2 |            |         |    |

| 特定入所者介護サービス費 | サービス内容    | サービスコード     | 費用単価(円) | 負担限度額 | 日数  | 費用額(円)    | 保険分       | 公費日数 | 公費分 | 利用者負担額    |
|--------------|-----------|-------------|---------|-------|-----|-----------|-----------|------|-----|-----------|
|              | 福祉施設食費    | 5 9 5 1 1 1 | 1 3 8 0 | 3 9 0 | 2 8 | 3 8 6 4 0 | 2 7 7 2 0 |      |     | 1 0 9 2 0 |
|              | 福祉施設従来型個室 | 5 9 5 1 2 3 | 1 1 5 0 | 4 2 0 | 8   | 9 2 0 0   | 5 8 4 0   |      |     | 3 3 6 0   |
|              | 合計        |             |         |       |     | 4 7 8 4 0 |           |      |     | 1 4 2 8 0 |
| 保険分請求額(円)    |           |             |         |       |     | 3 3 5 6 0 | 公費分請求額    |      |     | 公費分本人負担月額 |

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

(7) 介護老人保健施設(様式第9)のサービスにて、平成17年10月1日から従来型個室に20日間入所。  
 要介護状態は要介護4、特定入所者介護サービス費の支給については、市町村民税課税層の特例減額措置の適用により、食費につき利用者負担第3段階の認定を受けている場合の記載内容。

| 給付費明細欄 | サービス内容 | サービスコード     | 単位数   | 回数<br>日数 | サービス単位数   | 公費分<br>回数等 | 公費対象単位数 | 摘要 |
|--------|--------|-------------|-------|----------|-----------|------------|---------|----|
|        | 保健施設 4 | 5 2 1 1 4 1 | 8 5 8 | 2 0      | 1 7 1 6 0 |            |         |    |
| 合計     |        |             |       |          | 1 7 1 6 0 |            |         |    |

| 特定入所者介護サービス費 | サービス内容 | サービスコード     | 費用単価(円) | 負担限度額 | 日数  | 費用額(円)        | 保険分       | 公費日数       | 公費分 | 利用者負担額    |
|--------------|--------|-------------|---------|-------|-----|---------------|-----------|------------|-----|-----------|
|              | 保健施設食費 | 5 9 5 2 1 1 | 1 3 8 0 | 6 5 0 | 2 0 | 2 7 6 0 0     | 1 4 6 0 0 |            |     |           |
| 合計           |        |             |         |       |     | 2 7 6 0 0     |           |            |     | 1 3 0 0 0 |
|              |        |             |         |       |     | 保険分<br>請求額(円) | 1 4 6 0 0 | 公費分<br>請求額 |     | 公費分本人負担月額 |

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

(8) 介護療養型医療施設(様式第10)のサービスにて、平成17年10月1日から従来型個室に31日間(1ヶ月間)入所。  
 要介護状態は要介護3、特定入所者介護サービス費の支給については、利用者負担第3段階の認定を受けているが、同認定が月途中で(22日目から)終了した場合の記載内容。

| 給付費明細欄 | サービス内容  | サービスコード     | 単位数     | 回数<br>日数 | サービス単位数   | 公費分<br>回数等 | 公費対象単位数 | 摘要 |
|--------|---------|-------------|---------|----------|-----------|------------|---------|----|
|        | 療養型施設 3 | 5 3 2 2 3 1 | 1 0 1 9 | 3 1      | 3 1 5 8 9 |            |         |    |
| 合計     |         |             |         |          | 3 1 5 8 9 |            |         |    |

| 特定入所者介護サービス費 | サービス内容      | サービスコード     | 費用単価(円) | 負担限度額 | 日数        | 費用額(円)        | 保険分       | 公費日数       | 公費分 | 利用者負担額    |
|--------------|-------------|-------------|---------|-------|-----------|---------------|-----------|------------|-----|-----------|
|              | 療養施設食費      | 5 9 5 3 1 1 | 1 3 8 0 | 6 5 0 | 2 1       | 2 8 9 8 0     | 1 5 3 3 0 |            |     |           |
| 療養施設従来型個室    | 5 9 5 3 2 3 | 1 6 4 0     | 1 3 1 0 | 2 1   | 3 4 4 4 0 | 6 9 3 0       |           |            |     | 2 7 5 1 0 |
| 合計           |             |             |         |       |           | 6 3 4 2 0     |           |            |     | 4 1 1 6 0 |
|              |             |             |         |       |           | 保険分<br>請求額(円) | 2 2 2 6 0 | 公費分<br>請求額 |     | 公費分本人負担月額 |

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

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

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

| 特定入所者介護サービス費 | サービス内容      | サービスコード     | 費用単価(円) | 負担限度額 | 日数        | 費用額(円)    | 保険分       | 公費日数   | 公費分 | 利用者負担額    |
|--------------|-------------|-------------|---------|-------|-----------|-----------|-----------|--------|-----|-----------|
|              | 福祉施設食費      | 5 9 5 1 1 1 | 1 3 8 0 | 0     | 2 0       | 2 7 6 0 0 | 2 7 6 0 0 |        |     |           |
| 福祉施設ユニット型準個室 | 5 9 5 1 2 2 | 1 6 4 0     | 0       | 2 0   | 3 2 8 0 0 | 3 2 8 0 0 |           |        |     | 0         |
| 合計           |             |             |         |       |           | 6 0 4 0 0 |           |        |     | 0         |
|              |             |             |         |       |           | 保険分請求額(円) | 6 0 4 0 0 | 公費分請求額 |     | 公費分本人負担月額 |

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

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

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

| 特定入所者介護サービス費 | サービス内容      | サービスコード     | 費用単価(円) | 負担限度額 | 日数        | 費用額(円)    | 保険分       | 公費日数   | 公費分 | 利用者負担額    |
|--------------|-------------|-------------|---------|-------|-----------|-----------|-----------|--------|-----|-----------|
|              | 保健施設食費      | 5 9 5 2 1 1 | 1 3 8 0 | 3 0 0 | 2 0       | 2 5 6 0 0 | 2 1 6 0 0 |        |     |           |
| 保健施設従来型個室    | 5 9 5 2 2 3 | 1 6 4 0     | 4 9 0   | 2 0   | 3 1 0 0 0 | 2 3 0 0 0 |           |        |     | 8 0 0 0   |
| 合計           |             |             |         |       |           | 5 6 6 0 0 |           |        |     | 1 2 0 0 0 |
|              |             |             |         |       |           | 保険分請求額(円) | 4 4 6 0 0 | 公費分請求額 |     | 公費分本人負担月額 |

注：負担限度額の一部のみを徴収した場合の記載内容は以下のとおりとなる。

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

(11) 介護老人保健施設(様式第9)のサービスにて、平成17年10月1日から従来型個室に20日間入所。  
 利用者は生活保護併用受給者で、要介護状態は要介護4である場合の記載内容

| 給付費明細欄       | サービス内容    |        | サービスコード     |   |   |   | 単位数         |   | 回数<br>日数 |   | サービス単位数 |   |               |   | 公費分<br>回数等 |   | 公費対象単位数   |   |            |   | 摘要      |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------|-----------|--------|-------------|---|---|---|-------------|---|----------|---|---------|---|---------------|---|------------|---|-----------|---|------------|---|---------|---|---|---|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|              |           | 保健施設 4 |             | 5 | 2 | 1 | 1           | 4 | 1        | 8 | 5       | 8 | 2             | 0 | 1          | 7 | 1         | 6 | 0          | 2 | 0       | 1 | 7 | 1 | 6              | 0 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|              | 合計        |        |             |   |   |   |             |   |          |   |         |   |               |   |            |   |           |   |            |   |         |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 請求額集計欄       | 区分        |        | 保険分         |   |   |   | 公費分         |   |          |   | 保険分特定治療 |   |               |   | 公費分特定治療    |   |           |   |            |   |         |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|              | 点数・単位数合計  |        | 1 7 1 6 0   |   |   |   | 1 7 1 6 0   |   |          |   |         |   |               |   |            |   |           |   |            |   |         |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|              | 点数・単位数単価  |        | 1 0 0 0     |   |   |   | 円/単位        |   |          |   | 10円/点   |   |               |   | 10円/点      |   |           |   |            |   |         |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|              | 給付率       |        | 9 0 / 100   |   |   |   | 1 0 0 / 100 |   |          |   | / 100   |   |               |   | / 100      |   |           |   |            |   |         |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|              | 請求額(円)    |        | 1 5 4 4 4 0 |   |   |   | 1 7 1 6 0   |   |          |   |         |   |               |   |            |   |           |   |            |   |         |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 利用者負担額(円)    |           | 0      |             |   |   | 0 |             |   |          |   |         |   |               |   |            |   |           |   |            |   |         |   |   |   |                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 特定入所者介護サービス費 | サービス内容    |        | サービスコード     |   |   |   | 費用単価(円)     |   | 負担限度額    |   | 日数      |   | 費用額(円)        |   |            |   | 保険分       |   | 公費日数       |   | 公費分     |   |   |   | 利用者負担額         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|              | 保健施設食費    |        | 5           | 9 | 5 | 2 | 1           | 1 | 1        | 3 | 8       | 0 | 3             | 0 | 0          | 2 | 0         | 2 | 7          | 6 | 0       | 0 | 2 | 1 | 6              | 0 | 0 | 2 | 0 | 6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|              | 保健施設従来型個室 |        | 5           | 9 | 5 | 2 | 2           | 3 | 1        | 6 | 4       | 0 | 4             | 9 | 0          | 2 | 0         | 3 | 2          | 8 | 0       | 0 | 2 | 3 | 0              | 0 | 0 | 0 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|              | 合計        |        |             |   |   |   |             |   |          |   |         |   | 6 0 4 0 0     |   |            |   |           |   |            |   | 6 0 0 0 |   |   |   | 9 8 0 0        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|              |           |        |             |   |   |   |             |   |          |   |         |   | 保険分<br>請求額(円) |   |            |   | 4 4 6 0 0 |   | 公費分<br>請求額 |   | 6 0 0 0 |   |   |   | 公費分本人負担月額<br>0 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

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

(12) 介護老人保健施設(様式第9)のサービスにて、多床室に30日間(1ヶ月間)入所。  
 利用者は生活保護併用受給者で、要介護状態は要介護3であり、福祉事務所発行の介護券により本人支払額が16,000円である場合の記載内容

| 給付費明細欄       | サービス内容   |        | サービスコード     |   |   |           | 単位数         |   | 回数<br>日数 |   | サービス単位数 |   |               |   | 公費分<br>回数等 |   | 公費対象単位数   |   |            |   | 摘要      |   |   |   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--------------|----------|--------|-------------|---|---|-----------|-------------|---|----------|---|---------|---|---------------|---|------------|---|-----------|---|------------|---|---------|---|---|---|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|              |          | 保健施設 3 |             | 5 | 2 | 1         | 3           | 3 | 1        | 9 | 0       | 3 | 3             | 0 | 2          | 7 | 0         | 9 | 0          | 3 | 0       | 2 | 7 | 0 | 9                    | 0 | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|              | 合計       |        |             |   |   |           |             |   |          |   |         |   |               |   |            |   |           |   |            |   |         |   |   |   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 請求額集計欄       | 区分       |        | 保険分         |   |   |           | 公費分         |   |          |   | 保険分特定治療 |   |               |   | 公費分特定治療    |   |           |   |            |   |         |   |   |   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|              | 点数・単位数合計 |        | 2 7 0 9 0   |   |   |           | 2 7 0 9 0   |   |          |   |         |   |               |   |            |   |           |   |            |   |         |   |   |   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|              | 点数・単位数単価 |        | 1 0 0 0     |   |   |           | 円/単位        |   |          |   | 10円/点   |   |               |   | 10円/点      |   |           |   |            |   |         |   |   |   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|              | 給付率      |        | 9 0 / 100   |   |   |           | 1 0 0 / 100 |   |          |   | / 100   |   |               |   | / 100      |   |           |   |            |   |         |   |   |   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|              | 請求額(円)   |        | 2 4 3 8 1 0 |   |   |           | 1 2 0 9 0   |   |          |   |         |   |               |   |            |   |           |   |            |   |         |   |   |   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 利用者負担額(円)    |          | 0      |             |   |   | 1 5 0 0 0 |             |   |          |   |         |   |               |   |            |   |           |   |            |   |         |   |   |   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 特定入所者介護サービス費 | サービス内容   |        | サービスコード     |   |   |           | 費用単価(円)     |   | 負担限度額    |   | 日数      |   | 費用額(円)        |   |            |   | 保険分       |   | 公費日数       |   | 公費分     |   |   |   | 利用者負担額               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|              | 保健施設食費   |        | 5           | 9 | 5 | 2         | 1           | 1 | 1        | 3 | 8       | 0 | 3             | 0 | 0          | 3 | 0         | 4 | 1          | 4 | 0       | 0 | 3 | 2 | 4                    | 0 | 0 | 3 | 0 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|              | 保健施設多床室  |        | 5           | 9 | 5 | 2         | 2           | 4 | 3        | 2 | 0       | 0 | 3             | 0 | 9          | 6 | 0         | 0 | 9          | 6 | 0       | 0 | 0 |   |                      |   |   | 0 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|              | 合計       |        |             |   |   |           |             |   |          |   |         |   | 5 1 0 0 0     |   |            |   |           |   |            |   | 9 0 0 0 |   |   |   | 0                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|              |          |        |             |   |   |           |             |   |          |   |         |   | 保険分<br>請求額(円) |   |            |   | 4 2 0 0 0 |   | 公費分<br>請求額 |   | 8 0 0 0 |   |   |   | 公費分本人負担月額<br>1 0 0 0 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |



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

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

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

| 給付費明細欄 | サービス内容 | サービスコード     | 単位数   | 回数<br>日数 | サービス単位数   | 公費分<br>回数等 | 公費対象単位数   | 摘要 |
|--------|--------|-------------|-------|----------|-----------|------------|-----------|----|
|        | 保健施設 3 | 5 2 1 3 3 1 | 9 0 3 | 3 0      | 2 7 0 9 0 | 3 0        | 2 7 0 9 0 | 1  |
| 合計     |        |             |       |          | 2 7 0 9 0 |            | 2 7 0 9 0 |    |

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

| 特定入所者介護サービス費 | サービス内容  | サービスコード     | 費用単価(円) | 負担限度額 | 日数  | 費用額(円)    | 保険分           | 公費日数 | 公費分        | 利用者負担額    |                |
|--------------|---------|-------------|---------|-------|-----|-----------|---------------|------|------------|-----------|----------------|
|              | 保健施設食費  | 5 9 5 2 1 1 | 1 3 8 0 |       | 3 0 | 4 1 4 0 0 |               | 3 0  | 4 1 4 0 0  | 0         |                |
|              | 保健施設多床室 | 5 9 5 2 2 4 | 3 2 0   |       | 3 0 | 9 6 0 0   |               | 3 0  | 9 6 0 0    | 0         |                |
|              | 合計      |             |         |       |     |           | 5 1 0 0 0     |      |            | 5 1 0 0 0 | 0              |
|              |         |             |         |       |     |           | 保険分<br>請求額(円) |      | 公費分<br>請求額 | 5 1 0 0 0 | 公費分本人負担月額<br>0 |

注：生活保護単独受給者においては、介護保険施設の特定入所者介護サービス費は、全額公費負担となる。

(ただし、居住費にかかる特定入所者介護サービス費は、居室区分が多床室の費用のみ対象となる。)

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

利用者が特定疾患・生活保護の公費受給者である場合の記載内容

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

|        |              |             |         |          |           |            |           |    |
|--------|--------------|-------------|---------|----------|-----------|------------|-----------|----|
| 給付費明細欄 | サービス内容       | サービスコード     | 単位数     | 回数<br>日数 | サービス単位数   | 公費分<br>回数等 | 公費対象単位数   | 摘要 |
|        | 療養型施設 3      | 5 3 2 2 7 1 | 1 1 5 0 | 3 0      | 3 4 5 0 0 | 3 0        | 3 4 5 0 0 | 1  |
|        | 療養型施設栄養士配置加算 | 5 3 2 7 7 2 | 1 0     | 3 0      | 3 0 0     | 3 0        | 3 0 0     |    |
|        | 合計           |             |         |          | 3 4 8 0 0 |            | 3 4 8 0 0 |    |

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

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

2 枚中 1 枚目

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

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

|           |        |       |     |          |          |
|-----------|--------|-------|-----|----------|----------|
| 請求額集計欄    | 区分     | 保険分   | 公費分 | 保険分特定診療費 | 公費分特定診療費 |
|           | 単位数合計  |       |     |          |          |
|           | 単位数単価  |       |     | 0円/単位    | 10円/単位   |
|           | 給付率    | / 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  |
|              | 療養施設食費  | 5 9 5 3 1 1 | 1 3 8 0 | 3 0 0 | 3 0 | 4 1 4 0 0 | 3 2 4 0 0     | 3 0       | 9 0 0 0    | 0       |
|              | 療養施設多床室 | 5 9 5 3 2 4 | 3 2 0   | 0     | 3 0 | 9 6 0 0   | 9 6 0 0       | 0         | 0          | 0       |
|              | 合計      |             |         |       |     | 5 1 0 0 0 |               |           | 9 0 0 0    | 0       |
|              |         |             |         |       |     |           | 保険分<br>請求額(円) | 4 2 0 0 0 | 公費分<br>請求額 | 9 0 0 0 |

2 枚中 2 枚目

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

## 2. 栄養管理の評価

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

| 給付費明細欄 | サービス内容      | サービスコード     | 単位数     | 回数<br>日数 | サービス単位数   | 公費分<br>回数等 | 公費対象単位数 | 摘要 |
|--------|-------------|-------------|---------|----------|-----------|------------|---------|----|
|        | 保健施設 5      | 5 2 1 3 5 1 | 1 0 1 0 | 3 0      | 3 0 3 0 0 |            |         | 1  |
|        | 保健施設管理栄養士加算 | 5 2 6 2 7 1 |         | 1 2 2 0  |           | 2 4 0      |         |    |
|        | 保健施設栄養士加算   | 5 2 6 2 7 2 |         | 1 0 1 0  |           | 1 0 0      |         |    |
| 合計     |             |             |         |          | 3 0 6 4 0 |            |         |    |

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

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

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

| 給付費明細欄 | サービス内容      | サービスコード     | 単位数   | 回数<br>日数 | サービス単位数   | 公費分<br>回数等 | 公費対象単位数 | 摘要 |
|--------|-------------|-------------|-------|----------|-----------|------------|---------|----|
|        | 福祉施設 4      | 5 1 1 1 4 1 | 7 8 9 | 3 0      | 2 3 6 7 0 |            |         |    |
|        | 福祉施設栄養士配置加算 | 5 1 6 2 7 2 |       | 1 0 3 0  |           | 3 0 0      |         |    |
|        | 福祉施設経口移行加算  | 5 1 6 2 7 4 |       | 2 8 3 0  |           | 8 4 0      |         |    |
| 合計     |             |             |       |          | 2 4 8 1 0 |            |         |    |

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

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

| 給付費明細欄 | サービス内容          | サービスコード     | 単位数     | 回数<br>日数 | サービス単位数   | 公費分<br>回数等 | 公費対象単位数 | 摘要 |
|--------|-----------------|-------------|---------|----------|-----------|------------|---------|----|
|        | 療養型施設 5         | 5 3 2 2 5 1 | 1 2 1 1 | 3 0      | 3 6 3 3 0 |            |         |    |
|        | 療養型施設管理栄養士配置加算  | 5 3 2 7 7 1 |         | 1 2 3 0  |           | 3 6 0      |         |    |
|        | 療養型施設栄養マネジメント加算 | 5 3 2 7 7 3 |         | 1 2 3 0  |           | 3 6 0      |         |    |
|        | 療養型施設療養食加算      | 5 3 2 7 7 5 |         | 2 3 3 0  |           | 6 9 0      |         |    |
| 合計     |                 |             |         |          | 3 7 7 4 0 |            |         |    |

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

### 3. 社会福祉法人等による利用者負担軽減

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

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

  

| 給付費<br>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<br>回数 |   | 公費対象単位数 |   |   |  | 摘要 |  |
|------------|-----------|---------|---|---|---|---|---|-----|---|---|---|----|---|---------|---|---|---|-----------|---|---------|---|---|--|----|--|
|            | 身体2生活1    | 1       | 1 | 5 | 1 | 1 | 1 | 4   | 8 | 5 | 2 | 0  | 9 | 7       | 0 | 0 | 2 | 0         | 9 | 7       | 0 | 0 |  |    |  |
|            | 単独通所介護2中度 | 1       | 5 | 1 | 3 | 2 | 1 | 5   | 0 | 6 | 1 | 0  | 5 | 0       | 6 | 0 |   |           |   |         |   |   |  |    |  |
|            | 通所介護送迎加算  | 1       | 5 | 5 | 2 | 0 | 0 | 4   | 7 | 2 | 0 | 9  | 4 | 0       |   |   |   |           |   |         |   |   |  |    |  |

  

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

  

| 社会福祉法<br>人等による<br>軽減欄 | 軽減率 | 2         | 5 | 0 | % | 受領すべき利用者<br>負担の総額(円) | 2 | 9 | 1 | 0 | 軽減額(円) | 7 | 2 | 7 | 軽減後利用者<br>負担額(円) | 2 | 1 | 8 | 3 | 備考 |
|-----------------------|-----|-----------|---|---|---|----------------------|---|---|---|---|--------|---|---|---|------------------|---|---|---|---|----|
|                       | 11  | 訪問介護サービス費 |   |   |   |                      |   |   |   |   |        |   |   |   |                  |   |   |   |   |    |
|                       | 15  | 通所介護サービス費 |   |   |   |                      |   |   |   |   |        |   |   |   |                  |   |   |   |   |    |

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

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

| 給付費明細欄 | サービス内容       | サービスコード     | 単位数   | 回数<br>日数 | サービス単位数   | 公費分<br>回数等 | 公費対象単位数 | 摘要 |
|--------|--------------|-------------|-------|----------|-----------|------------|---------|----|
|        | 単独短期生活 4     | 2 1 1 1 4 1 | 8 5 3 | 2 0      | 1 7 0 6 0 |            |         |    |
|        | 短期生活栄養士配置加算  | 2 1 6 2 7 2 | 1 0   | 2 0      | 2 0 0     |            |         |    |
|        | 短期入所生活介護送迎加算 | 2 1 9 2 0 0 | 1 8 4 | 2        | 3 6 8     |            |         |    |
| 合計     |              |             |       |          | 1 7 6 2 8 |            |         |    |

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

| 特定入所者介護サービス費等 | サービス内容    | サービスコード     | 費用単価(円) | 負担限度額 | 日数  | 費用額(円)        | 保険分       | 公費日数       | 公費分 | 利用者負担額    |
|---------------|-----------|-------------|---------|-------|-----|---------------|-----------|------------|-----|-----------|
|               | 短期生活食費    | 5 9 2 1 1 1 | 1 3 8 0 | 6 5 0 | 1 9 | 2 6 2 2 0     | 1 3 8 7 0 |            |     | 1 2 3 5 0 |
|               | 短期生活従来型個室 | 5 9 2 1 2 3 | 1 6 4 0 | 8 2 0 | 1 9 | 3 1 1 6 0     | 1 5 5 8 0 |            |     | 1 5 5 8 0 |
|               | 合計        |             |         |       |     | 5 7 3 8 0     |           |            |     | 2 7 9 3 0 |
|               |           |             |         |       |     | 保険分<br>請求額(円) | 2 9 4 5 0 | 公費分<br>請求額 |     | 公費分本人負担月額 |

| 社会福祉法人等による<br>軽減欄 | 軽減率 | 2 5 0 %       | 受領すべき利用者<br>負担の総額(円) | 軽減額(円)  | 軽減後利用者<br>負担額(円) | 備考 |
|-------------------|-----|---------------|----------------------|---------|------------------|----|
|                   | 21  | 短期入所生活介護サービス費 | 1 6 0 0 0            | 4 0 0 0 | 1 2 0 0 0        |    |

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

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