

平成 年 月 日

介護給付費請求書

指定事業所番号又は基準該当事業所の登録番号を記載

請求対象となるサービス提供した年月を和暦で「年」「月」それぞれ右詰で記載（介護給付費請求書は、サービス提供年月が異なるごとに作成する）

保険者

（別記）

下記 保険者名、公費負担者名等を記載すべきものであるが、省略して差し支えない

平成 年 月 日

介護給付対象の単位数及び点数の合計を記載

審査支払機関へ請求を行う日付を記載

介護給付費明細書の公費請求額の合計額を記載

問い合わせ用の連絡先電話番号を記載

事業所番号

名称

指定等を受けた際に届け出た事業所名を記載

請求事業所

所在地

指定等を受けた際に届け出た事業所の所在地とその郵便番号を記載

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												

保険請求対象となる介護給付費明細書の件数（介護給付費明細書の様式ごとに被保険者等1人分の請求を1件とする）を記載

介護給付費明細書の保険請求額の合計額を記載

介護給付費明細書の食費及び居住費の費用額を合計した額を記載

介護給付費明細書の食費及び居住費の保険請求分を合計した額を記載

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	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	
生活介護 居宅介護 地域密着型サービス等												
12 地域密着型サービス等												
1 介護給付費明細書の保険請求対象単位数（点数）に単位数（点数）あたり単価を乗じた結果（小数点以下切り捨て）の合計を記載 費用合計＝保険請求額＋公費請求額＋利用者負担												
21 介護給付費明細書の利用者負担額と公費分本人負担額を合計した額を記載												
15 障自・更生医療												
19 原爆・一般												
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												

介護給付費明細書の保険請求対象単位数（点数）に単位数（点数）あたり単価を乗じた結果（小数点以下切り捨て）の合計を記載
費用合計＝保険請求額＋公費請求額＋利用者負担

介護給付費明細書の利用者負担額と公費分本人負担額を合計した額を記載

介護給付費明細書の食費及び居住費の利用者負担額と公費分本人負担額を合計した額を記載

介護給付費明細書の食費及び居住費の公費請求分を合計した額を記載

特定入所者介護サービス費又は特定入所者介護予防サービス費（以下「特定入所者介護サービス費等」という。）として、食費及び居住費（滞在費を含む。以下同じ。）が記載された介護給付費明細書の件数を記載

保険請求の介護給付費明細書（生活介護の単独請求の場合を除く。）について居宅サービス・施設サービス・介護予防サービス・地域密着型サービス等及び居宅介護支援・介護予防支援の二つの区分ごとに集計し、合計を記載

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・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス 居宅介護支援・ 介護予防支援												
合計												

それぞれの公費の請求対象となる介護給付費明細書の件数（介護給付費明細書の様式ごとに被保険者等1人分の請求を1件とする）を記載

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							
10 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							
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・野 山毒							
88 水俣病総 メチル水							
66 石綿・救 済							
58 障害者・ 額免除)							
25 中国残留邦人等							
合計							

介護給付費明細書の単位数及び点数（公費対象以外を含む）の合計を記載

介護給付費明細書の当該公費請求額の合計額を記載

介護給付費明細書の食費及び居住費の費用額を合計した額を記載

介護給付費明細書の保険請求対象単位数（点数）に単位数（点数）あたり単価を乗じた結果（小数点以下切り捨て）の合計を記載
特定診療費、特定治療又は特別療養費については、単位数（点数）あたり10円を乗じた額の合計額を記載

特定入所者介護サービス費等として、食費及び居住費が記載された介護給付費明細書の件数を記載

介護給付費明細書の食費及び居住費の公費請求分を合計した額を記載

保険請求の介護給付費明細書のうち、公費の請求に関わるものについて公費の法別に、記載生活保護の単独請求の場合は居宅サービス・施設サービス・介護予防サービス・地域密着型サービス等及び居宅介護支援・介護予防支援の二つの区分ごとに集計を行って記載
合計欄のうち斜線のない欄には全ての公費請求の介護給付費明細書に関する集計を記載

保険請求の介護給付費明細書のうち、特定入所者介護サービス費等として食費及び居住費に係る公費（生保のみ）の請求があるものについて集計を行って記載
斜線のない合計欄には介護給付費明細書に関する集計を記載

公費単独請求(生活保護受給者の場合のみ)又は公費と保険の併用請求の場合に記載

居宅サービス・地域密着型サービス介護
介護・訪問入浴介護・訪問看護・夜間訪問介護看護・夜間訪問介護看護・居宅療養管理指導・認知症対応型通所介護

請求対象となるサービスを提供した年月を和暦で、「年」「月」それぞれ右詰で記載

貸付・貸付・複合型サービス

平成 年 月 分

公費負担者番号

公費受給者番号

被保険者番号

被保険者番号欄に記載された番号を記載

事業所番号

指定事業所番号又は基準該当事業所の登録番号を記載

事業所名称

指定等を受けた際に届け出た事業所名を記載

所在地

指定等を受けた際に届け出た事業所の所在地と郵便番号を記載

電話番号

審査支払機関、保険者からの問い合わせ用連絡先電話番号を記載

被保険者証等に記載された氏名及びフリガナを記載

該当する性別の番号を○で囲む

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 平成 年 月 日 まで

被保険者証等に記載された生年月日を記載
元号欄は該当する番号を○で囲む

居宅サービス計画

1. 居宅介護支援事業者作成

サービス提供月の月末時点の要介護認定等の有効期限を記載

開始年月日

中止理由

被保険者証等をもとに記載
月の途中で変更認定があった場合は、月末日の要介護状態区分(月の末日において要介護認定等の非該当者である場合は、最後に受けていた要介護認定等の要介護状態区分)を記載
月の途中で要介護状態と要支援状態をまたがる変更を行う場合等、記載すべき要介護状態区分又は要支援状態区分が様式に存在しない場合は、補記を行うこと
この場合において、当該要介護状態区分と、当該月の支給限度基準額設定のもととなった要介護状態区分は一致しない場合があることに留意する

サービス内容

摘要

給付費明細欄

当該サービス種類のコード(サービスコードの上二桁)を記載
当該サービス種類の名称(訪問介護、訪問入浴介護等)を記載

当該対象サービス種類のサービスを行った実日数として、当該事業所において訪問サービス、通所サービス又は地域密着型サービスのいずれかを実施した日数、居宅療養管理指導のために利用者の居宅を訪問した日数、福祉用具貸与を現に行った日数をそれぞれ記載

サービス提供票の別表に記載された、当該月中に当該事業所から提供する当該サービス種類における区分支給限度基準内単位数を記載(ただし、居宅療養管理指導の場合には記載不要)

介護給付費の基準額のうち保険給付を行う率を百分率で記載(例えば通常の場合は90%)
利用者負担の減免対象者、保険給付額の減免対象者等については被保険者証、減免証等を参考にして記載

①サービス種類コード
②名称

③サービス実日数

④計画単位数

⑤限度額管理対象単位数

⑥限度額管理対象外単位数

⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数) + ⑥

⑧公費単位数

⑨単位数単価

⑩保険請求額

⑪利用者負担額

⑫公費請求額

⑬公費分本人負担額

当該サービス種類のうち、支給限度額管理対象部分(特別地域加算、中山間地域等における小規模事業所加算、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、緊急時訪問看護加算、特別管理加算、ターミナルケア加算、事業所開始時支援加算及び介護職員処遇改善加算を除く)のサービス単位数を合計して記載

当該サービス種類のうち、限度額管理対象外(特別地域加算、中山間地域等における小規模事業所加算、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、緊急時訪問看護加算、特別管理加算、ターミナルケア加算、事業所開始時支援加算及び介護職員処遇改善加算)のサービス単位数を合計して記載

当該サービス種類の公費対象単位数の合計と⑦「給付単位数」のいずれか低い方の単位数を記載

④「計画単位数」と⑤「限度額管理対象単位数」のいずれか低い方の単位数に⑥「限度額管理対象外単位数」を加えた単位数を記載

公費負担の給付を行う率を百分率で記載
当該率等については(別表2)を参照
障害者対策(いわゆる特別対策)における訪問介護(介護予防を含む)、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び夜間対応型訪問介護については、公費負担医療に準じた取扱いを行うため、保険給付率を加えた率(例えば保険給付率が90%、公費負担率が10%の場合は100%)として記載

給付率(%)

保険

公費

合計

保険請求額から公費分本人負担についてそれぞれの行の合計金額を合計欄に記載

社会福祉法人等による軽減欄

11 軽減

15 軽減

76 軽減

71 軽減

72 軽減

73 軽減

77 複合型サービス

受領すべき利用者負担の総額(円)

備考

※注1 <単位数の記載を省略するサービス>

・訪問看護（定期巡回・随時対応訪問介護看護と連携して訪問看護を行う場合であって、日割り計算用サービスコードがない加算は除く。）

- ・福祉用具貸与
- ・介護予防福祉用具貸与
- ・特定施設入居者生活介護における外部サービス利用型の福祉用具貸与
- ・介護予防特定施設入居者生活介護における外部サービス利用型の介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防福祉用具貸与（ただし、日割り計算用のサービスコードを記載する場合<※注2>を除く。）
- ・介護予防訪問介護（ただし、日割り計算用のサービスコードを記載する場合を除く。）
- ・介護予防通所介護（ただし、日割り計算用のサービスコードを記載する場合を除く。）
- ・介護予防通所リハビリテーション（ただし、日割り計算用のサービスコードを記載する場合を除く。）
- ・夜間対応型訪問介護（ただし、日割り計算用のサービスコード及び算定単位が「一回につき」のサービスコードを記載する場合を除く。）
- ・小規模多機能型居宅介護（ただし、初期加算及び日割り計算用のサービスコードを記載する場合を除く。）
- ・介護予防小規模多機能型居宅介護（ただし、初期加算及び日割り計算用のサービスコードを記載する場合を除く。）
- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護（ただし、初期加算、退院時共同指導加算及び日割り計算用のサービスコードを記載する場合を除く。）
- ・複合型サービス（ただし、初期加算、退院時共同指導加算及び日割り計算用のサービスコードを記載する場合を除く。）

※注2 <日割り計算を行う事由>

- ・要介護認定と要支援認定をまたがる区分変更認定（※1）、要介護一から要介護五の間若しくは要支援一と要支援二の間での区分変更認定（※1）、資格取得・喪失（※2）、転入・転出（※2）及び認定有効期間の開始・終了（※2）
- ・サービス事業者の事業開始・事業廃止、更新制の導入に伴う指定有効期間・効力停止期間の開始・終了
- ・月の一部の期間が公費適用期間であった場合
- ・サービス事業者の変更があった場合（同一保険者内に限る。）
- ・サービス提供開始（ただし、前月以前から引き続きサービスを提供している場合を除く。）・利用者との契約解除（※2）
- ・月の一部の期間に利用者が介護予防短期入所生活介護、介護予防短期入所療養介護、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護（短期利用）、認知症対応型共同生活介護（短期利用）、地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用）を利用した場合（※3）
- ・月の一部の期間に利用者が介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防認知症対応型共同生活介護に入居、又は介護予防小規模多機能型居宅介護を利用した場合（※4）
- ・利用者が医療保険の給付対象となった場合（特別訪問看護指示書の場合を除く。）（※5）
- ・利用者が医療保険の給付対象となった場合（特別訪問看護指示書の場合に限る。）（※6）

（※1）の事由については、夜間対応型訪問介護以外の場合に適用される。

（※2）の事由については、訪問看護（定期巡回・随時対応訪問介護看護と連携して訪問看護を行う場合）、小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応訪問介護看護又は複合型サービスに適用される。

（※3）の事由については、介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション、訪問看護（定期巡回・随時対応訪問介護看護と連携して訪問看護を行う場合）、定期巡回・随時対応訪問介護看護に適用される。

（※4）の事由については、介護予防訪問介護、介護予防通所介護及び介護予防通所リハビリテーションに適用される。

（※5）の事由については、訪問看護（定期巡回・随時対応訪問介護看護と連携して訪問看護を行う場合）、定期巡回・随時対応型訪問介護看護（訪問看護サービスを行う場合）に適用される。

（※6）の事由については、定期巡回・随時対応型訪問介護看護（訪問看護サービスを行う場合）に限る。

※注3

- ・訪問看護（定期巡回・随時対応訪問介護看護と連携して訪問看護を行う場合）
- ・介護予防特定施設入居者生活介護における外部サービス利用型の介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション
- ・介護予防訪問介護
- ・介護予防通所介護
- ・介護予防通所リハビリテーション
- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ・夜間対応型訪問介護
- ・小規模多機能型居宅介護
- ・介護予防小規模多機能型居宅介護
- ・複合型サービス

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・随時対応型訪問介護看護・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・複合型サービス)

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	要介護 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
	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																				

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									

サービス内容に応じて「別表1」にしたがって所定内容を記載

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

「回数・日数」のうち、公費負担の対象となる回数又は日数を記載(月の途中で公費受給資格に変更があった場合は、対象となった期間に対応する回数又は日数を記載)

「単位数」に「公費分回数」を乗じて算出した単位数を記載
福祉用具貸与もしくは介護予防福祉用具貸与の場合は、月を通じて生活保護適用期間である場合は「サービス単位数」をそのまま転記し、月の一部の期間が生活保護適用期間であった場合については、「サービス単位数」を「回数」で除した結果に「公費分回数」を乗じた結果(小数点以下四捨五入)を記載
<※注3>において「単位数」の記載を省略した場合は、「サービス単位数」に記載した単位数をそのまま転記する

請求額集計欄	①サービス種類コード / ②名称																					
	③サービス実日数				日				日													
	④計画単位数																					
	⑤限度額管理対象単位数																					
	⑥限度額管理対象外単位数																					
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥																					
	⑧公費分単位数																					
	⑨単位数単価																					
	⑩保険請求額																					
		「社会福祉法人等利用者負担軽減確認証」に記載された減額割合を百分率で小数点第1位まで記載																				
	請求額集計欄の該当サービス種類の「利用者負担額」を転記 様式第三及び第八においては、特定入所者介護サービス費等欄の利用者負担額、様式第三の二においては、特定入所者介護予防サービス費欄の利用者負担額を含めないこと																					
	「受領すべき利用者負担の総額(円)」に「軽減率」を乗じた結果(小数点以下切り捨て)を記載																					
	「受領すべき利用者負担の総額(円)」から「軽減額(円)」を差し引いた額を記載																					
	「社会福祉法人等利用者負担軽減確認証」に記載された確認番号を記載																					

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				
15	通所介護					
76	定期巡回・随時対応型訪問介護看護					
71	夜間対応型訪問介護					
72	認知症対応型通所介護					
73	小規模多機能型居宅介護					
77	複合型サービス					

介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書

(介護予防訪問介護・介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防居宅療養管理指導・介護予防通所介護
介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護)

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)									事業所番号								
	氏名	様式第2の方法により記載																
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男	2. 女											
	要支援状態区分	要支援1・要支援2																
	認定有効期間	平成		年		月		日	から	平成		年		月		日	まで	業者所在地

介護予防サービス計画	2. 被保険者自己作成	3. 介護予防支援事業者作成	事業所番号	様式第2の方法により記載											
------------	-------------	----------------	-------	--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

開始年月日	平成		年		月		日	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

請求額集計欄	①サービス種類コード / ②名称														
	③サービス実日数														
	④計画単位数														
	⑤限度額管理対象単位数	様式第2の方法により記載													
	⑥限度額管理対象外単位数														
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥														
	⑧公費分単位数														
	⑨単位数単価														
	⑩保険請求額														
	⑪利用者負担額														
	⑫公費請求額														
	⑬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	軽減額(円)	軽減後利用者負担額(円)	備考
	61 介護予防訪問介護	様式第2の方法により記載								
	65 介護予防通所介護									
	74 介護予防認知症対応型通所介護									
	75 介護予防小規模多機能型居宅介護									

居宅サービス介護給付費明細書
(短期入所生活介護)

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							事業所番号						
	(フリガナ)	様式第2の方法により記載												
	氏名													
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男	2. 女	事業所所在地						
	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						

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

居宅サービス計画	様式第2の方法により記載	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	公費対象単位数	摘
様式第2の方法により記載				
当該月における最初の退所した日付を記載 ただし、当該月に退所がなく月末日において入所継続中の場合は記載しない(連続入所が30日を越える場合は、30日目を退所日とみなして記載)				
給付費明細欄で記載対象とした実日数(ただし報酬告示上算定可能な日数とする。連続30日を超え報酬算定できない日数は含まず、区分支給限度基準額を超える部分に相当する日数は含む)を記載				
サービス提供票の別表に記載された、当該月中に当該事業所から提供する当該サービス種別における区分支給限度基準内単位数を記載				
給付費明細欄のサービス単位数のうち、支給限度額管理対象部分(緊急時治療管理を除く)のサービス単位数を合計して記載				
給付費明細欄のサービス単位数のうち、支給限度額管理対象外(緊急時治療管理)のサービス単位数を合計して記載				

区分	保険分	公費分
①計画単位数		
②限度額管理対象単位数		
③限度額管理対象外単位数		
④給付単位数		
⑤単位数単価	円/単位	円/単位
⑥給付率	/100	/100
⑦請求額(円)		
⑧利用者負担額(円)		

①計画単位数と②限度額管理対象単位数のいずれか低いほうの単位数に③限度額管理対象外単位数を加えた単位数を記載

当該サービス種類の公費対象単位数の合計と④給付単位数(保険分)のいずれか低い方の単位数を記載

事業所所在地における当該サービス種類の単位数あたり単価を記載

公費負担の給付を行う率を百分率で記載

特定入所者介護サービス費	介護給付費の基準額のうち保険給付を行う率を百分率で記載	④給付単位数(保険分)に⑤単位数単価を乗じた結果(小数点以下切り捨て)に⑥給付率(保険分)を乗じた結果の金額(小数点以下切り捨て)を記載	④給付単位数(公費分)に⑤単位数単価を乗じた結果(小数点以下切り捨て)に、更に⑥給付率(公費分)から⑦請求額(保険分)を差し引いた率を乗じた結果(小数点以下切り捨て)から、⑧利用者負担額(公費分)を差し引いた残りの額を記載	公費負担医療、または介護扶助で本人負担額がある場合に、その額を記載
	④給付単位数(保険分)に⑤単位数単価を乗じた結果(小数点以下切り捨て)から、⑦請求額(保険分、公費分)と⑧利用者負担額(公費分)を差し引いた残りの額を記載	④給付単位数(公費分)に⑤単位数単価を乗じた結果(小数点以下切り捨て)から、⑦請求額(保険分、公費分)と⑧利用者負担額(公費分)を差し引いた残りの額を記載	公費の給付率が100/100で、保険分と公費分の④給付単位数が等しい時は、④給付単位数に⑤単位数単価を乗じた結果(小数点以下切り捨て)から、⑦請求額(保険分、公費分)と⑧利用者負担額(公費分)を差し引いた残りの額を記載	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	21	短期入所生活介護	負担の総額(円)	軽減後利用者負担額(円)	備考
---------------	-----	----	----------	----------	--------------	----

介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防短期入所生活介護)

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	様式第2の方法により記載																			
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男	2. 女	事業所番号													
	要支援状態区分	要支援1・要支援2																			
	認定有効期間	平成			年			月			日	から	平成			年			月		日

介護予防サービス計画	2. 被保険者自己作成	3. 介護予防支援事業者作成	日	平成			年			月			日		
	事業所番号												日		
	事業所名称	様式第3の方法により記載											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
	様式第2の方法により記載							
合計								

請求額集計欄	区分	保険分				公費分			
	①計画単位数								
	②限度額管理対象単位数	様式第3の方法により記載							
	③限度額管理対象外単位数								
	④給付単位数								
	⑤単位数単価				円/単位				
	⑥給付率				/100				/100
	⑦請求額(円)								
	⑧利用者負担額(円)								

特定入所者介護予防サービス費	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	
	様式第3の方法により記載										
	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										
	24	介護予防短期入所生活介護	様式第2の方法により記載				額(円)	軽減後利用者負担額(円)	備考		

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)

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 (ワガナ)											事業所番号											
	氏名	様式第2の方法により記載										事業所											
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男	2. 女	事業所	所在地														
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5										連絡先	電話番号										
	認定有効期間	平成			年			月			日	から	平成			年			月			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	日	平成			年			月		日	日	平成			年			月		日	日	短期入所 実日数	
	事業所番号	様式第3の方法により記載																						
	事業所名称																							

欄	入所者の症状が著しく変化し、緊急その他やむをえない事情により施設療養を行った場合に、その傷病名を記載 傷病名が3つを超える場合は、欄内に番号を補記して記載	緊急時治療管理の合計単位数と一日あたりの所定の単位数、緊急時治療管理を行った日数を記載 (合計単位数 = 1日あたり単位数 × 緊急時治療管理日数)	緊急時傷病名ごとの治療を開始した日付を「緊急時傷病名」に対応させて記載 傷病名が3つを超える場合は、欄内に番号を補記して記載
合計			

緊急時施設療養費	緊急時傷病名	①	②	③	緊急時治療開始年月日	①平成			年			月		日	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	リハビリテーション、処置、手術、麻酔、放射線治療の区分ごとに点数の合計を記載										
		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	入所者のために病院又は診療所から往診を求めた日数(複数の病院又は診療所から往診を求めた場合はその合計日数)を記載	往診を行った医療機関名を記載 複数にわたる場合は、すべての医療機関名を記載	入所者を病院又は診療所に通院させた日数(複数の病院又は診療所に通院させた場合はその合計日数)を記載	通院した医療機関名を記載 複数にわたる場合は、すべての医療機関名を記載
-------	----	--	--	---	--

請求額集計欄	①計画単位数																	
	②限度額管理対象単位数																	
	③限度額管理対象外単位数																	
	④給付点数・単位数	様式第3の方法により記載																
	⑤点数・単位数単価																	
	⑥給付率											/100						
	⑦請求額(円)																	
	⑧利用者負担額(円)																	

※摘要欄について※
特定治療の内容について、処置名等、回数、点数及び使用した薬剤名等の内訳をリハビリテーションから放射線治療の項目との対応が明らかになるように、診療報酬明細書の記載方法に準じて記載すること

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										様式第3の方法により記載
							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
(介護老人保健施設における短期入所療養介護)

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	要介護 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																		

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	① ② ③	緊急時治療開始年月日	①平成 ②平成	年	月	日
	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	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
	識別番号							
合計								

計欄	区分	特別療養費の項目に対応する1回又は1日あたりの介護給付費の単位数を記載	「回数」に「単位数」を乗じて算出した単位数を記載	「単位数」に「回数」を乗じて算出した単位数を記載	特別療養費の項目に対応して特別療養費識別一覧(別表4)にしたがって所定の内容を記載	10円/点・単位
	⑥給付率	/100	/100	/100		/100
	⑦請求額(円)					
	⑧利用者負担額(円)					

介護サービス費	サービス内容	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

「回数」のうち、公費負担の対象となる回数又は日数を記載(月の途中で公費受給資格に変更があった場合は、対象となった期間に対応する回数又は日数を記載)

「単位数」に「公費回数」を乗じて算出した単位数を記載

特別療養費として定められている指導管理等を行った場合、その主な原因となった傷病名を記載ただし、「感染対策指導管理」及び「褥瘡対策指導管理」のみの場合には、記載は不要

サービスの提供回数(期間ごとに給付費を算定するサービスについては算定回数)又は提供日数を記載

特別療養費の項目に対応する1回又は1日あたりの介護給付費の単位数を記載

「単位数」に「回数」を乗じて算出した単位数を記載

特別療養費の項目に対応して特別療養費識別一覧(別表4)にしたがって所定の内容を記載

特別療養費の項目についてそれぞれの行の合計を合計欄に記載

特別療養費の内容を識別するための名称として特別療養費識別一覧(別表4)の名称を記載

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）

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	要介護 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																

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	① ② ③	緊急時治療開始年月日	①平成 ②平成 ③平成																		
	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																						
通院日数																						
医療機関名																						

特別療養費	傷病名																					
	識別番号																					

緊急時施設療養費における特定治療の公費分単位数合計を記載（緊急時治療管理の単位数は除く）又は特別療養費の公費分単位数合計を記載
 同月内に緊急時施設療養費における特定治療と特別療養費の両方のサービスを提供した場合には、緊急時施設療養費における特定治療の公費分単位数合計（緊急時治療管理の単位数は除く）に特別療養費の公費分単位数合計を加えた結果を記載

介護給付費の基準額のうち保険給付を行う率を百分率で記載

緊急時施設療養費における特定治療の公費分単位数合計又は特別療養費の公費分単位数合計を記載（緊急時施設療養費、特別療養費途中で公費適用の異動がない限り保険分と同じ）
 同月内に緊急時施設療養費における特定治療と特別療養費の両方のサービスを提供した場合には、緊急時施設療養費における特定治療の公費分単位数合計（緊急時治療管理の単位数は除く）に特別療養費の公費分単位数合計を加えた結果を記載

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	療養・特別療養費
	①計画単位数			
②限度額管理対象単位数				
③限度額管理対象外単位数				
④給付点数・単位数				
⑤点数・単位数単価				
⑥給付率				
⑦請求額(円)				
⑧利用者負担額(円)				

④給付点数・単位数合計（保険分）に⑤点数・単位数単価を乗じた結果に⑥給付率（保険分）を乗じた結果の金額（小数点以下切り捨て）を記載

10円/点・単位

10円/点・単位

公費負担の給付を行う率を百分率で記載

介護サービス費	④給付点数・単位数合計（保険分）に⑤点数・単位数単価を乗じた結果から、⑦請求額（保険分、公費分）と⑧利用者負担額（公費分）を差し引いた残りの額を記載	④給付点数・単位数合計（公費分）に⑤点数・単位数単価を乗じた結果に、更に⑥給付率（保険分）を差し引いた率を乗じた結果（小数点以下切り捨て）から、⑧利用者負担額（公費分）を差し引いた残りの額を記載	公費分	利用者負担額
	公費負担医療、又は介護扶助で本人負担額がある場合に、その額を記載			

公費分 利用者負担額

公費負担医療、又は介護扶助で本人負担額がある場合に、その額を記載

介護予防サービス介護給付費明細書
(介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護)

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)									事業所番号							
	氏名	様式第2の方法により記載															
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男	2. 女	事業所所在地									
	要支援状態区分	要支援1・要支援2															
	認定有効期間	平成			年			日	から	平成			年			日	まで
	連絡先	電話番号															

介護予防サービス計画	2. 被保険者自己作成	3. 介護予防支援事業者作成	様式第3の方法により記載	日	平成			年			月			日
	事業所番号			日	平成			年			月			日
	事業所名称											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
	様式第2の方法により記載							
合計								

緊急時施設療養費	緊急時傷病名	① ② ③	緊急時治療開始年月日	①平成 ②平成 ③平成	年	年	月	月	日	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	様式第4の方法により記載						
		手術		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										
	識別番号	内容	単位数	公費分単位数	摘要						
	様式第4の方法により記載										
合計											

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
	①計画単位数				
	②限度額管理対象単位数				
	③限度額管理対象外単位数				
	④給付点数・単位数				
	⑤点数・単位数単価		円/単位	10円/点・単位	10円/点・単位
	⑥給付率		/100	/100	/100
	⑦請求額(円)				
	⑧利用者負担額(円)				

特定入所者介護予防サービス費	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
	様式第3の方法により記載									
	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)

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											事業所番号														
	(フリガナ)	様式第2の方法により記載																								
	氏名																									
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男	2. 女	事業業者	所在地																	
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5										連絡先	電話番号													
認定有効期間	平成		年		月		日	から	平成		年		月		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	作成日	平成		年		月		日	短期入所 実日数
事業所番号	様式第3の方法により記載										
事業所名称											

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
様式第2の方法により記載							
<p>特定診療費として定められている指導管理等を行った場合、その主な原因となった傷病名を記載 ただし、「感染対策指導管理」及び「褥瘡対策指導管理」のみの場合には、記載は不要</p> <p>特定診療費の項目に対応する1回又は1日あたりの介護給付費の単位数を記載</p> <p>サービスの提供回数(期間ごとに給付費を算定するサービスについては算定回数)又は提供日数を記載</p> <p>「単位数」に「回数」を乗じて算出した単位数を記載</p> <p>特定診療費の項目に対応して特定診療費識別一覧(別表3)にしたがって所定の内容を記載</p>							

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
特別療養費の項目に対応する識別コード(2桁)を特定診療費識別一覧(別表3)で確認して記載	特定診療費の内容を識別するための名称として特定診療費識別一覧(別表3)の名称を記載	保険分単位数、公費分単位数についてそれぞれの行の合計を合計欄に記載	「単位数」と「公費回数」を乗じて算出した単位数を記載	「回数」のうち、公費負担の対象となる回数又は日数を記載(月の途中で公費受給資格に変更があった場合は、対象となった期間に対応する回数又は日数を記載)
⑥給付率	100		100	
⑦請求額(円)				
⑧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
様式第3の方法により記載									
合計									
					保険分請求額(円)		公費分請求額	公費分本人負担月額	

介護予防サービス介護給付費明細書
(病院・診療所における介護予防短期入所療養介護)

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)											事業所番号																
	氏名	様式第2の方法により記載																										
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男	2. 女	事業所所在地																				
	要支援状態区分	要支援1・要支援2																										
	認定有効期間	平成			年			月			日	から	平成			年			月			日	まで	連絡先	電話番号			

介護予防サービス計画	2. 被保険者自己作成	3. 介護予防支援事業者作成	様式第3の方法により記載										平成			年			月			日
	事業所番号											平成			年			月			日	
	事業所名称											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
	様式第2の方法により記載							
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	
	様式第5の方法により記載								
	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
①計画単位数				
②限度額管理対象単位数				
③限度額管理対象外単位数				
④給付点数・単位数				
⑤点数・単位数単価		円/単位	10円/点・単位	10円/点・単位
⑥給付率	/100	/100	/100	/100
⑦請求額(円)				
⑧利用者負担額(円)				

特定入所者介護予防サービス費	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
	様式第3の方法により記載									
合計										
						保険分請求額(円)				
						公費分請求額				公費分本人負担月額

地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防認知症対応型共同生活介護 (短期利用以外))

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)	様式第2の方法により記載																			
	氏名	様式第2の方法により記載																			
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男	2. 女	求事業者	所在地												
	要支援状態区分	要支援 2																			
	認定有効期間	平成			年			月			日	から	平成			年			月		日
事業所番号																					
連絡先	電話番号																				

入居年月日	平成			年			月			日	退居年月日	平成			年			月		日	入居実日数		外泊日数	
入居前の状況	様式第6の方法により記載														型医療施設	6. 認知症対応型共同生活介護								
退居後の状況	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																							

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								
								給付費明細欄							
様式第2の方法により記載															
合計															

区分	保険分	公費分
①単位数合計		
②単位数単価	様式第6の方法により記載	
③給付率		/100
④請求額 (円)		
⑤利用者負担額 (円)		

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書
 (特定施設入居者生活介護(短期利用以外)・地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用以外))

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)													事業所番号				
	氏名	様式第2の方法により記載												事業所				
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男	2. 女	事業所	所在地									
	要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5												事業者				
	認定有効期間	平成		年		月		日	から	平成		年		月		日	まで	連絡先

入居年月日	平成		年		月		日	退居年月日	平成		年		月		日	入居実日数		外泊日数	
入居前の状況	様式第6の方法により記載															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.			
退居後の状況	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																		

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
<p>特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)において外部サービス利用型のサービスを実施した場合は、要介護状態・要支援状態ごとに定められた外部サービス利用型にかかる限度単位数を記載 一般型のサービスを実施した場合、及び地域密着型特定施設入居者生活介護のサービスを実施した場合は、記載不要</p> <p>特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)において外部サービス利用型のサービスを実施した場合は、給付費明細書のサービス単位数の合計を記載 一般型のサービスを実施した場合、及び地域密着型特定施設入居者生活介護のサービスを実施した場合は、記載不要</p> <p>特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)において外部サービス利用型のサービスを実施した場合は、外部利用型以外の単位数の合計を記載 一般型のサービスを実施した場合、及び地域密着型特定施設入居者生活介護のサービスを実施した場合は、記載不要</p>							様式第2の方法により記載

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

事業所所在地における当該サービス種類の単位数あたり単価を記載

介護給付費の基準額のうち保険給付を行う率を百分率で記載

④給付単位数(保険分)に⑤単位数単価を乗じた結果(小数点以下切り捨て)から、⑦請求額(保険分)を乗じた結果の金額(小数点以下切り捨て)を記載

④給付単位数(公費分)に⑤単位数単価を乗じた結果(小数点以下切り捨て)から、⑦請求額(公費分)と⑧利用者負担額(公費分)を差し引いた残りの額を記載

給付費明細書の公費対象サービス単位数の合計を記載

公費負担の給付を行う率を百分率で記載

④給付単位数(公費分)に⑤単位数単価を乗じた結果(小数点以下切り捨て)に、更に⑥給付率(公費分)から⑥給付率(保険分)を差し引いた率を乗じた結果(小数点以下切り捨て)から、⑧利用者負担額(公費分)を差し引いた残りの額を記載

公費負担医療、または介護扶助で本人負担がある場合に、その額を記載

施設サービス等・地域密着型サービス介護給付費明細書
 （介護福祉施設サービス・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護）

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											事業所番号										
	(フリガナ)	様式第2の方法により記載																				
	氏名																					
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男	2. 女	請求事業														
	要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5				旧措置入所者特例	1. 無	2. 有	旧措置入所者の報酬区分の適用有無を確認し、該当する番号を○で囲む													
認定有効期間	平成			年			日	から	平成			年			日	まで	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	
入所前の状況	1. 居宅 2. 医療機関 3. 介護 7. 特定施設入居者生活介護										4. 介護老人福祉施設 6. 認知症対応型共同生活介護													
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																							

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
様式第2の方法により記載							

請求額集計欄

請求対象サービスの内容を識別するための名称として介護給付費単位数サービスコード表のサービス内容略称を記載
欄内に書ききれない場合は、食費、居住費と記載するだけでも差し支えない

特定入所者が当該月において利用した食費及び居住費につき、ユニット型個室、ユニット型準個室、従来型個室及び多床室の区分に対応する1日あたりの費用単価(平均的な費用を勘案して厚生労働大臣が定める額もしくは各施設における現に要した額の低い方の額)を記載

「費用単価」に対応する食事及び居住の利用に係る日数(外泊日数を含む)を記載

「費用単価」から「負担限度額」を控除した結果に日数を乗じた結果の金額を記載
生活保護の単独請求の場合は、当該項目は記載しない

公費適用期間分の利用者負担額を記載

当該月に利用者から現に徴収した額を記載

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
<p>請求対象サービスに対応するサービスコード(6桁)を介護給付費単位数サービスコード表で確認して記載</p> <p>「介護保険負担限度額認定証」又は「介護保険特定負担限度額認定証」に記載された食費及び居住費に係る負担限度額を記載</p> <p>「保険分」に「公費分」と「利用者負担額」を加えた結果の金額を記載</p> <p>食費及び居住費の区分に対応して公費適用対象の日数を記載</p>									
					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	軽減率		受領すべき利用者	軽減	「公費分」の合計額から「公費分本人負担月額」を控除した結果の金額を記載		生活保護で本人負担額がある場合に、その額を記載
様式第2の方法により記載							

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)

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											事業所番号										
	(フリガナ)氏名	様式第2の方法により記載																				
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男	2. 女	事業所所在地														
	要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5										連絡先	電話番号									
	認定有効期間	平成		年		月		日	から	平成		年		月		日	まで					

入院年月日	平成		年		月		日	退院年月日	平成		年		月		日	入院日数	外泊日数
主傷病	様式第6の方法により記載															6. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 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	
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																

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	
	様式第2の方法により記載								
			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	
	様式第5の方法により記載									
			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
	①単位数合計				
②単位数単価		円/単位	様式第5の方法により記載	円・単位	10円/点・単位
③給付率		/100		/100	/100
④請求額(円)					
⑤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	
	様式第8の方法により記載										
			合計								
						保険分請求額(円)		公費分請求額	公費分本人負担月額		

様式第十一 (附則第二条関係)

8222

給付管理票 (平成 年 月分)

「給付管理票種別区分」
新規の場合は記入不要
修正又は取消の場合は
「2. 修正」「3. 取消」
のように記入する

要介護状態区分については、月途中での変更があった場合には、重い方の要介護状態区分を記載

指定事業者番号(基準該当の場合は登録番号)を記載
市町が作成する場合は不要

該当する作成者の番号を○で囲む

保険者名		作成区分	
指定事業者番号(基準該当の場合は登録番号)を記載 市町が作成する場合は不要		1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者作成	
生年月日		居宅介護/介護予防支援事業所番号	
性別		担当介護支援専門員番号	
要支援・要介護状態区分		居宅介護/介護予防支援事業者の事業所名	
要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		支援事業者の事業所所在地及び連絡先	
限度額適用期間		委託した場合	
平成 年 月		委託先の支援事業所番号 介護支援専門員番号	
サービス利用票別表(控)から転記		給付管理を行った介護支援専門員の指定介護支援専門員番号を記載 介護予防支援事業所(地域包括支援センター)において、介護支援専門員を記載できない場合には記載不要	

居宅サービス・介護予防サービス

サービス事業者の事業所名	事業所番号 (県番号-事業所番号)	指定/基準該当/ 地域密着型 サービス識別	サービス種類名	サービス種類コード	給付計画単位数
居宅サービス事業者の事業所名および事業所番号は、サービス利用票別表(控)の事業所、サービス種類ごとの集計行から転記		指定・基準該当・地域密着	サービス利用票別表(控)の事業所サービス種別ごとの集計行から転記 サービスコードではなく、サービス種類の名称(訪問介護、訪問入浴介護等)を記載		サービス利用票別表(控)の事業所サービス種類ごとの集計行から区分支給限度基準内単位数を転記
		指定・基準該当・地域密着			
<p>指定、基準該当又は地域密着型の区分を○で囲む</p>					
<p>サービス利用票別表(控)のサービス種類に対応するコード(サービスコードの上2桁)を記載</p>					
<p>月末時点のサービス利用票(控)から給付管理票を作成 (利用者自己作成の場合は、市町が作成) 居宅サービス計画の変更があった場合は、その内容を反映した上で作成</p>					
<p>地域密着 指定・基準該当・地域密着 指定・基準該当・地域密着</p>					
<p>合計</p>					

給付管理票総括票

給付管理票の提出月を記載

平成 年 月 提出分

該当する作成者の番号
を○で囲む
自己作成の場合は保険
者番号を記載

作成区分	1. 居宅介護支援事業所作成 2. 自己作成（保険者番号： 3. 介護予防支援事業者作成									
	事業所番号									
	事業所名	所在地連絡先								

指定事業者番号(基準
該当の場合は登録番号)
を記載
市町が作成する場
合は不要

審査支払機関等からの問い合
わせ連絡先(電話番号等)を記載
市町が作成する場合は不要

事業所を特定する名
称を記載

他県分集計欄	訪問通所サービス給付管理票 居宅サービス給付管理票	新規分		枚	件
		修正分		枚	件
		取消分		枚	件
	短期入所サービス給付管理票	新規分		枚	件
		修正分		枚	件
		取消分		枚	件

当月提出される他県分の給
付管理票の種別ごとの件数を
記載

自県分集計欄	訪問通所サービス給付管理票 居宅サービス給付管理票	新規分		枚	件
		修正分		枚	件
		取消分		枚	件
	短期入所サービス給付管理票	新規分		枚	件
		修正分		枚	件
		取消分		枚	件

当月提出される自県分の給
付管理票の種別ごとの件数を
記載