





②平成21年5月分の記載内容（月の途中で中山間地域等から中山間地域等以外へ居住地を変更）

- ・5月1日～5月20日 利用者はA市a村（中山間地域等）に居住  
利用サービスは、通所介護I13＝6回、通所介護I23＝2回
- ・5月21日～5月31日 利用者はA市b町（中山間地域等以外）に居住  
利用サービスは、通所介護I13＝2回、通所介護I23＝2回、  
通所リハI23＝2回

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
通所介護I13	151243	570	8	4560			
通所介護I23	151343	778	4	3112			
通所介護中山間地域等提供加算	158110	249	1	249			
通所介護サービス提供体制加算I	156101	1212		144			
通所リハI23	161153	540	2	1080			
通所リハサービス提供体制加算I	166101	122		24			

①サービス種類コード /②名称	15	通所介護	16	通所リハ										
③サービス実日数	12	日	2	日	日									
④計画単位数		7816		1104										
⑤限度額管理対象単位数		7816		1104										
⑥限度額管理対象外単位数		249		0	給付率（/100）									
⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）+⑥		8065		1104	保険 90									
⑧公費分単位数	公費													
⑨単位数単価	1000	円/単位	1000	円/単位	合計									
⑩保険請求額	72585		9936		82521									
⑪利用者負担額	8065		1104		9169									
⑫公費請求額														
⑬公費分本人負担														

注：中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算の場合は、加算の対象となるサービスコードの所定単位数の合計に所定の率を乗じ、小数点以下の四捨五入を行って算出した単位数を記載する。

利用者が途中で居住地を変更した場合は、中山間地域等に居住していた期間に受けたサービスのみを加算の対象とする。なお、算定単位が「1月につき」のサービスの場合は、利用者が、月の一部の期間、中山間地域等に居住していれば、加算の対象とする。

【単位数の計算式】

・通所介護中山間地域等提供加算（所定単位数の5%）

$$570 \times 6 \text{ (通所介護I13)} + 778 \times 2 \text{ (通所介護I23)} = 4,976$$

$$4,976 \times 0.05 = 248.8 \rightarrow 249 \text{ (小数点以下四捨五入)}$$

※通所介護入浴加算、通所介護個別機能訓練加算、通所介護若年性認知症受入加算、通所介護栄養改善加算、

通所介護口腔機能向上加算及び通所介護サービス提供体制加算は、通所介護中山間地域等提供加算の対象外

(4) 居宅介護支援費（様式第七）のサービスにて、複数のサービスコードを記入する場合の記載内容。

① 様式第一

保険者  
(別記) 殿

下記のとおり請求します。 平成21年 5月10日

事業所番号	4	8	7	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
請求事業所	名称	居宅介護支援事業所												
	所在地	〒999-999-9999												
	連絡先	999-999-9999												

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	1	1,800	18,000	18,000								
合計	1	1,800	18,000	18,000								

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	1	1,700	17,000	17,000			
合計				17,000			

注： サービス費用の件数欄には、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）を記載する。

第2号被保険者（40歳以上65歳未満）で医療保険未加入者の生活保護受給者は、公費単独の請求（10割公費）なので公費請求欄のみに記載する。

② 様式第七

居宅介護 支援事業者	事業所 番号	4	8	7	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	所在地	〒	9	9	9	9	9	9	9
	事業所 名称	居宅介護支援事業所											事業所所在地											
	連絡先	電話番号 999-999-9999																						
	単位数単価	1 0 0 0 (円/単位)																						

1	被保険者	被保険者番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	(フリガナ)	リヨウシヤ1						性別	1. 男	2. 女										
		公費受給者番号												氏名	利用者1																				
		生年月日	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	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	2	1	年	4	月	1	日	から
		担当介護支援 専門員番号	4	8	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	サービス計画 作成依頼 届出年月日	平成	2	1	年	4	月	1	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11		4321111		1000	1	1000				1800																								
	居宅支援初回加算		434001		300	1	300				請求額合計																								
	居宅支援特定事業所加算1		434002		500	1	500				18000																								

2	被保険者	被保険者番号	H	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	(フリガナ)	リヨウシヤ2						性別	1. 男	2. 女						
		公費受給者番号	12999999											氏名	利用者2															
		生年月日	2	0	年	1	1	月	1	1	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	2	1	年	1	月	1	日	から
		担当介護支援 専門員番号	4	8	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	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																			
	居宅支援12		4322111		1300	1	1300				1700																			
	居宅支援退院退所加算1		436126		400	1	400				請求額合計																			
											17000																			

注：平成21年4月サービス提供以降は、複数サービスコードの記入を可能とする。  
 サービス単位数合計欄には、各サービスコードのサービス単位数の合計を記載する。  
 請求額合計欄には、サービス単位数合計に単位数単価を乗じて得た結果（小数点以下切り捨て）を記載する。

(5) 居宅介護支援費（様式第七）のサービスにて、複数のサービスコードを記入する場合の記載内容。

(※給付費明細欄に記入される行数が最大になる場合)

居宅介護 支援事業者	事業所 番号	4	8	7	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	所在地	〒	9	9	9	9	9	9	9
	事業所 名称	居宅介護支援事業所											事業所所在地										
	連絡先	電話番号 999-999-9999																					
	単位数単価	1 0 0 0 (円/単位)																					

1	被保険者	被保険者番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	(フリガナ)	リヨウシヤ						性別	1. 男	2. 女										
		公費受給者番号												氏名	利用者																			
		生年月日	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	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	2	1	年	4	月	1	日	から
		担当介護支援 専門員番号	4	8	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	サービス計画 作成依頼 届出年月日	平成	2	1	年	4	月	1	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11・小・山		432155		1155	1	1155				2705																							
	居宅支援初回加算		434001		300	1	300				請求額合計																							
	居宅支援特定事業所加算1		434002		500	1	500				27050																							
	居宅支援医療連携加算		436125		150	1	150																											
	居宅支援認知症加算		436128		150	1	150																											
	居宅支援独居高齢者加算		436130		150	1	150																											
	居宅支援小規模多機能型連携加算		436131		300	1	300																											

注：平成21年4月サービス提供以降は、複数サービスコードの記入を可能とする。様式第七の給付費明細欄に記入される行数は最大7行のため、給付費明細欄に記入しきれなくなることはない。  
 サービス単位数合計欄には、各サービスコードのサービス単位数の合計を記載する。  
 請求額合計欄には、サービス単位数合計に単位数単価を乗じて得た結果（小数点以下切り捨て）を記載する。

(6) 介護予防支援費（様式第七の二）のサービスにて、複数のサービスコードを記入する場合の記載内容。  
 (※サービス数が最大になる場合)

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

1	項番	被保険者番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	(フリガナ)	リョウシヤ	性別	1. 男 2. 女	
		公費受給者番号		氏名	利用者			
		生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和	要介護状態区分	要支援1・要支援2	認定有効期間	平成 2 1 年 4 月 1 日 から 平成 2 2 年 3 月 3 1 日 まで	
		担当介護支援 専門員番号	4 8 9 9 9 9 9 9 9	サービス計画 作成依頼 届出年月日		平成 2 1 年 4 月 1 日		
1	給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要	サービス単位数合計
		介護予防支援	4 6 2 1 1 1	4 1 2	1	4 1 2		1 0 1 2
		介護予防支援初回加算	4 6 4 0 0 1	3 0 0	1	3 0 0		請求額合計
		介護予防支援小規模多機能型連携加算	4 6 6 1 3 1	3 0 0	1	3 0 0		1 0 1 2 0

注：平成21年4月サービス提供以降は、複数サービスコードの記入を可能とする。様式第七の二の給付費明細欄に記入される行数は最大3行のため、給付費明細欄に記入しきれなくなることはない。  
 サービス単位数合計欄には、各サービスコードのサービス単位数の合計を記載する。  
 請求額合計欄には、サービス単位数合計に単位数単価を乗じて得た結果（小数点以下切り捨て）を記載する。

(7) 認知症対応型共同生活介護（様式第六）のサービスにて、利用者が、当月に初めて入居した場合の平成  
 21年4月分の記載内容。（入居前の状況は介護老人福祉施設）

入居年月日	平成 2 1 年 4 月 1 日	退居年月日	平成 年 月 日	入居実日数	3 0	外泊日数	
入居前の状況	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						
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						

注：入居前の状況は、当該施設への入居前の状況として該当する番号を○で囲む。

(8) 認知症対応型共同生活介護（様式第六）のサービスにて、利用者が、前月から継続して入居している場  
 合の平成21年4月分の記載内容。（入居前の状況は介護老人保健施設）

入居年月日	平成 2 1 年 3 月 1 5 日	退居年月日	平成 年 月 日	入居実日数	3 0	外泊日数	
入居前の状況	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						
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						

注：入居前の状況は、前月から継続している場合は、その入居前の状況として該当する番号を○で囲む（記載した入居年月日に対応するものを選択する）。

(9) 介護老人福祉施設（様式第八）のサービスにて、平成12年4月1日以前より入所していた旧措置入所者が、そのまま継続入所する場合の平成21年4月分の記載内容。（入所前の状況は不明）

入所年月日	平成10年9月5日	退所年月日	平成 年 月 日	入所実日数	30	外泊日数	
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						
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						

注： 長期入所等により、入所前の状況が不明な場合は、当該施設への入所前の状況として「8. その他」を○で囲む。

(10) 介護老人福祉施設（様式第八）のサービスにて、利用者が、看取り介護を受けた後、4月30日に施設を退所。その後入院していた医療機関で5月3日に死亡した場合の平成21年5月分の記載内容。（入所前の状況は医療機関）

入所年月日	平成21年2月1日	退所年月日	平成21年4月30日	入所実日数	0	外泊日数	
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						
退所後の状況	1.居宅 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院						

  

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
		福祉施設看取り介護加算1	516276	80	27	2160		
	合計				2160			

注： 退所後に看取り介護加算のみを請求する場合、入所前の状況は、当該施設への入所前の状況として該当する番号を○で囲む（記載した入所年月日に対応したものを選択する）。

(11) 介護老人保健施設（様式第九）のサービスにて、利用者が、同月内に入退所を繰り返し、入所前の状況が同じである場合の平成21年4月分の記載内容。

- ・4月6日に入所し、4月10日に退所（入所前の状況は居宅）
- ・4月21日に再入所し、4月末時点では入所中（再入所前の状況は居宅）

入所年月日	平成21年4月6日	退所年月日	平成 年 月 日	入所実日数	15	外泊日数	
主傷病	脳梗塞後遺症	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				
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						

注： 入所年月日は、同一月内に同一施設の入退所を繰り返した場合、月初日に入所中でなければ、当該月の最初に入所した年月日を記載する。

入所前の状況は、同一月内に同一施設の入退所を繰り返した場合、月初日に入所中でなければ、当該月の最初の入所前の直近の状況として該当する番号を○で囲む（記載した入所年月日に対応したものを選択する）。

(12) 介護老人保健施設（様式第九）のサービスにて、利用者が、同月内に入退所を繰り返し、入所前の状況が異なる場合の平成21年4月分の記載内容。

- ・4月6日に入所し、4月10日に退所（入所前の状況は認知症対応型共同生活介護）
- ・4月21日に再入所し、4月末時点では入所中（再入所前の状況は介護療養型医療施設）

入所年月日	平成21年4月6日	退所年月日	平成 年 月 日	入所実日数	15	外泊日数	
主傷病	脳梗塞後遺症	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				
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						

注： 入所年月日は、同一月内に同一施設の入退所を繰り返した場合、月初日に入所中でなければ、当該月の最初に入所した年月日を記載する。

入所前の状況は、同一月内に同一施設の入退所を繰り返した場合、月初日に入所中でなければ、当該月の最初の入所前の直近の状況として該当する番号を○で囲む（記載した入所年月日に対応したものを選択する）。

(13) 介護老人保健施設（様式第九）のサービスにて、利用者が、入所中に外泊を行い施設に戻った場合の平成21年4月分の記載内容。

- ・ 4月5日～9日 施設入所（入所前の状況は特定施設入居者生活介護）
- ・ 4月10日 外泊の開始
- ・ 4月11日～16日 外泊の開始（居宅に6日間外泊）
- ・ 4月17日 外泊の終了
- ・ 4月18日～26日 施設入所
- ・ 4月26日 退所（退所後の状況は居宅）

入所年月日	平成	2	1	年	4	月	5	日	退所年月日	平成	2	1	年	4	月	2	6	日	入所実日数	1	6	外泊日数	6																					
主傷病																							急性心筋梗塞			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															
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																					

注： 外泊を行った場合も、入所前の状況は、当該月の最初の入所前の状況として該当する番号を○で囲む（記載した入所年月日に対応したものを選択する）。

(14) 介護療養型医療施設（様式第十）のサービスにて、利用者が、同一医療機関において医療保険適用病床から介護保険適用病床へ入院（入院前の状況は特定施設入居者生活介護）

- ・ 3月1日に医療保険適用病床へ入院（入院前の状況は特定施設入居者生活介護）
- ・ 4月20日に介護保険適用病床へ転床

入院年月日	平成	2	1	年	4	月	2	0	日	退院年月日	平成	年	月	日	入院実日数	1	1	外泊日数																						
主傷病																			脳梗塞			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															
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																					

注： 入院年月日は、医療保険適用病床から介護保険適用病床へ転床した年月日を記載する。  
入院前の状況は、同一医療機関において医療保険適用病床から介護保険適用病床へ転床した場合、「2. 医療機関」を○で囲む（記載した入院年月日に対応したものを選択する）。

(15) 介護療養型医療施設（様式第十）のサービスにて、利用者が、前月に入退院を繰り返し、前月から継続して入院している場合の平成21年4月分の記載内容。

- ・ 3月5日に入院し、3月20日に退院（入院前の状況は特定施設入居者生活介護）
- ・ 3月25日に再入院し、4月10日に再退院（入院前の状況は介護老人福祉施設）

入院年月日	平成	2	1	年	3	月	2	5	日	退院年月日	平成	2	1	年	4	月	1	0	日	入院実日数	1	0	外泊日数																					
主傷病																							腎不全			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															
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																					

注： 入院年月日は、前月から継続して入院している場合はその入院した年月日を記載する。  
入院前の状況は、前月から継続している場合は、その入院前の状況として該当する番号を○で囲む（記載した入居年月日に対応するものを選択する）。