様式第一（附則第二条関係）

変更

現時点での案

Ⅳ-資料3

平成			年			月分

介護給付費請求書

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

保　険　者

（別　記）殿

下記のとおり請求します。　　平成　　年　　月　　日

保険請求

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

公費請求

区　分		サービス費用				特定入所者介護サービス費等		
		件　数	単位数・点数	費用合計	公費請求額	件数	費用合計	公費請求額
12	生　保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等							
	生　保 居宅介護支援・ 介護予防支援							
10	感染症　37 条の 2							
21	障自・通院医療							
15	障自・更生医療							
19	原爆・一般							
54	難病法							
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								

平成２７年２月審査分から追加

様式第二（附則第二条関係）

変更

現時点での案

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(看護小規模多機能型居宅介護)・地域密着型通所介護）

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						
(ﾌﾘｶﾞﾅ) 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					

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　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

給付費明細欄（住所地特例対象者）

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	施設所在保険者番号	摘要

請求額集計欄

①サービス種類コード／②名称										
③サービス実日数		日		日		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									給付率（/100）	
⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥									保険	
⑧公費分単位数									公費	
⑨単位数単価	▲	円／単位	▲	円／単位	▲	円／単位	▲	円／単位	合計	
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	▲	%	受領すべき利用者負担の総額（円）	軽減額（円）	軽減後利用者負担額（円）	備考

	枚中		枚目

様式第二の二（附則第二条関係）

変更

現時点での案

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						
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 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				

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

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		事業所名称	

開始年月日	平成		年		月		日	中止年月日	平成		年		月		日		
中止理由	1.非該当　3.医療機関入院　4.死亡　5.その他　6.介護老人福祉施設入所　7.介護老人保健施設入所　8.介護療養型医療施設入院																

給付費明細欄

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

給付費明細欄（住所地特例対象者）

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	施設所在保険者番号	摘要

請求額集計欄

①サービス種類コード／②名称									
③サービス実日数		日		日		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									給付率（/100）
⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥									保険
⑧公費分単位数									公費
⑨単位数単価	▲	円／単位	▲	円／単位	▲	円／単位	▲	円／単位	合計
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	▲	%	受領すべき利用者負担の総額（円）	軽減額（円）	軽減後利用者負担額（円）	備考

	枚中		枚目

様式第十一（附則第二条関係）

変更

現時点での案

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	要支援・要介護状態区分等
明・大・昭　年　月　日	男・女	事業対象者　要支援１・２ 要介護１・２・３・４・５
居宅サービス・介護予防サービス・総合事業 支給限度基準額	限度額適用期間	
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.　被保険者自己作成 3.　介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成		
居宅介護／介護予防支援事業所番号		
担当介護支援専門員番号		
居宅介護／介護予防支援事業者の事業所名		
支援事業者の事業所所在地及び連絡先		
委託した場合	委託先の支援事業所番号	
	介護支援専門員番号	

居宅サービス・介護予防サービス・総合事業

サービス事業者の事業所名	事業所番号（県番号－事業所番号）	指定／基準該当／地域密着型サービス／総合事業識別	サービス種類名	サービス種類コード	給付計画単位数
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
		指定・基準該当・地域密着・総合事業			
			合計		

様式第一の二（附則第〇条関係）

新規

現時点での案

平成			年			月分

介護予防・日常生活支援総合事業費請求書

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

保　険　者

（別　記）殿

下記のとおり請求します。　　平成　　年　　月　　日

事業費請求

区分	サービス費用					
	件数	単位数	費用合計	事業費請求額	公費請求額	利用者負担
訪問型サービス費・ 通所型サービス費・ その他の生活支援サービス費						
介護予防ケアマネジメント費						
合　計						

公費請求

区　分		サービス費用			
		件数	単位数	費用合計	公費請求額
12	生　保 訪問型サービス費・ 通所型サービス費・ その他の生活支援サービス費				
	生　保 介護予防ケアマネジメント費				
合　計					

検討中

様式第二の三（附則第〇条関係）

新規

現時点での案

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書

（訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費）

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						
(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名						
生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和 年　月　日	性別	1. 男　2. 女			
要支援状態区分等	事業対象者・要支援１・要支援２					
認定有効期間	平成　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	

介護予防サービス計画			
	３．介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成		
	事業所番号	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

事業費明細欄

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

事業費明細欄（住所地特例対象者）

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	施設所在保険者番号	摘要

請求額集計欄

①サービス種類コード／②名称										
③サービス実日数		日		日		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									給付率（/100）	
⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥									事業	
⑧公費分単位数									公費	
⑨単位数単価	▲	円／単位	▲	円／単位	▲	円／単位	▲	円／単位	合計	
⑩事業費請求額										
⑪利用者負担額										
⑫公費請求額										
⑬公費分本人負担										

	枚中		枚目

様式第七の三（附則第〇条関係）

新規

現時点での案

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書

（介護予防ケアマネジメント費）

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					
(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名					
生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和 年　月　日	性別	1. 男　2. 女		
要支援状態区分	事業対象者・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				

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	

事業費明細欄	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

事業費明細欄（住所地特例対象者）	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	施設所在保険者番号	摘要

請求額集計欄	区分	事業分		公費分
	①サービス単位数合計			
	②単位数単価	▲	円／単位	
	③給付率			／100
	④事業費請求額（円）			

	枚中		枚目

変更

現時点での案

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引後		回数	サービス単位／金額	種類支給限度基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	単位数単価	費用総額 保険／事業対象分	給付率（%）	保険／事業費請求額	定額利用者負担単価金額	利用者負担 保険／事業対象分	利用者負担（全額負担分）
					率%	単位数													
		区分支給限度基準額（単位）					合計												

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度基準額（単位）	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数	サービス種類	種類支給限度基準額（単位）	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数
				合　計			

・介護給付と介護予防・日常生活支援総合事業の統一様式となります

・介護予防・日常生活支援総合事業のサービスを受けていない方もこの様式となります

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累計利用日数