

様式第六の二 (附則第二条関係)

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)																					
	氏名																					
	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 2																				
	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					
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																																

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
	①単位数合計		
	②単位数単価		円/単位
	③給付率	/100	/100
	④請求額 (円)		
	⑤利用者負担額 (円)		

枚中	枚目
----	----

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第六の三 (附則第二条関係)

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・地域密着型特定施設入居者生活介護)

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 (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	経過的要介護・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																					

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					
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																																

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
	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給付単位数		
	④単位数単価	円/単位	
	⑤給付率	/100	/100
	⑥請求額 (円)		
⑦利用者負担額 (円)			

枚中	枚目
----	----

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第六の四 (附則第二条関係)

介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防特定施設入居者生活介護)

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 (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

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	
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
合計							

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給付単位数		
④単位数単価		円/単位
⑤給付率	/100	/100
⑥請求額 (円)		
⑦利用者負担額 (円)		

枚中	枚目
----	----

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第六の五（附則第二条関係）

地域密着型サービス介護給付費明細書
(認知症対応型共同生活介護（短期利用）)

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									
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5								

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									

入居年月日	平成					年			月			日
退居年月日	平成					年			月			日
短期利用 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
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	
⑥給付率	/100	/100
⑦請求額（円）		
⑧利用者負担額（円）		

枚中 枚目

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第六の六（附則第二条関係）

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）)

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 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

入居年月日	平成	年	月	日
退居年月日	平成	年	月	日
短期利用		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								

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		
	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）			

枚中	枚目
----	----

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第七（附則第二条関係）

居宅介護支援介護給付費明細書

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		単位数											
			年	月	日																
	要介護状態区分	経過的要介護・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	請求金額				
担当介護支援専門員番号				サービス計画作成依頼届出年月日		平成	年	月	日	摘要											
	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		単位数											
			年	月	日																
	要介護状態区分	経過的要介護・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	請求金額				
担当介護支援専門員番号				サービス計画作成依頼届出年月日		平成	年	月	日	摘要											
	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		単位数											
			年	月	日																
	要介護状態区分	経過的要介護・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	請求金額				
担当介護支援専門員番号				サービス計画作成依頼届出年月日		平成	年	月	日	摘要											
	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		単位数											
			年	月	日																
	要介護状態区分	経過的要介護・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	請求金額				
担当介護支援専門員番号				サービス計画作成依頼届出年月日		平成	年	月	日	摘要											

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第七の二 (附則第二条関係)

介護予防支援介護給付費明細書

平成		年		月分			
公費負担者番号				保険者番号			
介護予防 支援事業者	事業所 番号						
	事業所 名称						
	所在地	〒					
	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				単位数			
	生年月日	1.明治		2.大正		3.昭和		性別	1. 男		2. 女		請求 金額				
	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	摘要
	担当介護支援 専門員番号							サービス計 画作成依頼 届出年月日	平成	年	月	日		まで			
	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			単位数				
	生年月日	1.明治		2.大正		3.昭和		性別	1. 男		2. 女			請求 金額			
	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	摘要
	担当介護支援 専門員番号							サービス計 画作成依頼 届出年月日	平成	年	月	日	まで				
	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				単位数			
	生年月日	1.明治		2.大正		3.昭和		性別	1. 男		2. 女		請求 金額				
	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	摘要
	担当介護支援 専門員番号							サービス計 画作成依頼 届出年月日	平成	年	月	日		まで			
	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			単位数				
	生年月日	1.明治		2.大正		3.昭和		性別	1. 男		2. 女			請求 金額			
	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	摘要
	担当介護支援 専門員番号							サービス計 画作成依頼 届出年月日	平成	年	月	日	まで				

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第八 (附則第二条関係)

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															
	(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		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 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	
			合計						

区分	保険分	公費分
①単位数合計		
②単位数単価	円/単位	
③給付率	/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	
			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	介護福祉施設サービス				
	54	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				

枚中 枚目

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第九（附則第二条関係）

施設サービス等介護給付費明細書
(介護保健施設サービス)

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					
	(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
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 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	
	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	摘要						
	特定治療	リハビリテーション	点								
		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
	①点数・単位数合計				
	②点数・単位数単価	円/単位		10円/点	10円/点
	③給付率	/100	/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	
	合計										
							保険分請求額(円)		公費分請求額		公費分本人負担月額

枚中 枚目

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第十 (附則第二条関係)

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					
	(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	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				

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 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	
	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
	①単位数合計				
	②単位数単価		円/単位	10円/単位	10円/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	
	合計										
						保険分 請求額(円)		公費分 請求額		公費分本人負担月額	

枚中 枚目

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第十一 (附則第二条関係)

給付管理票 (平成 年 月分)

保険者番号				保険者名				作成区分					
被保険者番号				被保険者氏名				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					
フリガナ								居宅介護／介護予防 支援事業所番号					
生年月日				性別		要支援・要介護状態区分				担当介護支援専門員番号			
明・大・昭 年 月 日				男・女		要支援 1・2 経過的要介護・要介護 1・2・3・4・5				居宅介護／介護予防 支援事業者の事業所名			
居宅サービス・介護予防サービス 支給限度基準額				限度額適用期間				支援事業者の 事業所所在地及び連絡先					
単位／月				平成 年 月		～		平成 年 月		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														
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			
								指定・基準該当・ 地域密着						
								指定・基準該当・ 地域密着						
								指定・基準該当・ 地域密着						
								指定・基準該当・ 地域密着						
								指定・基準該当・ 地域密着						
								指定・基準該当・ 地域密着						
								指定・基準該当・ 地域密着						
								指定・基準該当・ 地域密着						
								指定・基準該当・ 地域密着						
								指定・基準該当・ 地域密着						
								指定・基準該当・ 地域密着						
								指定・基準該当・ 地域密着						
								指定・基準該当・ 地域密着						
								指定・基準該当・ 地域密着						
								指定・基準該当・ 地域密着						
								指定・基準該当・ 地域密着						
								指定・基準該当・ 地域密着						
								指定・基準該当・ 地域密着						
								指定・基準該当・ 地域密着						
合計														

備考 この用紙は、A列4番とすること。