

本資料の例 1～例 8 については、1 人の受給者に対しての「サービス利用票別表」「給付管理票」「請求明細書」が
一組で 1 つの例となっている。

No.	項目	例	種別 (※)	説明	
1	介護予防・ 日常生活支援 総合事業	例 1	例 1-1	別表	要支援者が予防サービスとみなしサービスを受けた場合のサービス利用票別表
2			例 1-2	給	要支援者が予防サービスとみなしサービスを受けた場合の給付管理票
3			例 1-3	請	要支援者がみなしサービスを受けた場合の請求明細書
4			例 1-4	請	要支援者が予防サービスを受けた場合の請求明細書
5		例 2	例 2-1	別表	事業対象者が保険者独自（定率）サービスを受けた場合のサービス利用票別表
6			例 2-2	給	事業対象者が保険者独自（定率）サービスを受けた場合の給付管理票
7			例 2-3	請	事業対象者が保険者独自（定率）サービスを受けた場合の請求明細書（同一サービス種類内で給付率がすべて一致している場合）
8		例 3	例 3-1	別表	事業対象者が保険者独自（定率）サービスを受けた場合のサービス利用票別表
9			例 3-2	給	事業対象者が保険者独自（定率）サービスを受けた場合の給付管理票
10			例 3-3	請	事業対象者が保険者独自（定率）サービスを受けた場合の請求明細書（同一サービス種類内で給付率が複数存在する場合）
11		例 4	例 4-1	別表	事業対象者が保険者独自（定額）サービスを受けた場合のサービス利用票別表
12			例 4-2	給	事業対象者が保険者独自（定額）サービスを受けた場合の給付管理票
13			例 4-3	請	事業対象者が保険者独自（定額）サービスを受けた場合の請求明細書
14		例 5	例 5-1	別表	事業対象者が保険者独自（定率）サービスを受けた場合のサービス利用票別表（計画単位数を超過した場合）
15			例 5-2	給	事業対象者が保険者独自（定率）サービスを受けた場合の給付管理票（計画単位数を超過した場合）
16			例 5-3	請	事業対象者が保険者独自（定率）サービスを受けた場合の請求明細書（計画単位数を超過した場合）
17		例 6	例 6-1	別表	事業対象者が保険者独自（定額）サービスを受けた場合のサービス利用票別表（計画単位数を超過した場合）
18			例 6-2	給	事業対象者が保険者独自（定額）サービスを受けた場合の給付管理票（計画単位数を超過した場合）
19			例 6-3	請	事業対象者が保険者独自（定額）サービスを受けた場合の請求明細書（計画単位数を超過した場合）
20		例 7	例 7-1	別表	事業対象者が保険者独自（定率）サービスと保険者独自（定額）サービスを受けた場合のサービス利用票別表
21			例 7-2	給	事業対象者が保険者独自（定率）サービスと保険者独自（定額）サービスを受けた場合の給付管理票
22			例 7-3	請	事業対象者が保険者独自（定率）サービスと保険者独自（定額）サービスを受けた場合の請求明細書
23		例 8	例 8-1	別表	事業対象者が訪問型サービス（独自／定率）と通所型サービス（みなし）を同一事業所で受けた場合のサービス利用票別表
24			例 8-2	給	事業対象者が訪問型サービス（独自／定率）と通所型サービス（みなし）を同一事業所で受けた場合の給付管理票
25			例 8-3	請	事業対象者が訪問型サービス（独自／定率）と通所型サービス（みなし）を同一事業所で受けた場合の請求明細書

※種別については以下の通りとする

別表…サービス利用票別表 給……給付管理票 請……請求明細書

No.	項目	例	種別 (※)	説明
26	住所地特例	例9	請	住所地特例対象者が保険者独自サービスを受けた場合の請求明細書
27		例10	請	住所地特例対象者が住所地で地域密着型サービスを受けた場合の請求明細書
28	二割負担	例11	請	二割負担対象者が介護サービスを受けた場合の請求明細書
29		例12	請	二割負担対象者が出来高サービスを受けた場合の請求明細書
30		例13	請	二割負担対象者が給付制限となった場合の請求明細書
31		例14	請	二割負担対象者が給付減免の対象となった場合の請求明細書
32		例15	請	二割負担対象者がみなしサービスを受けた場合の請求明細書
33		例16	請	二割負担対象者が保険者独自（定率）サービス、 保険者独自（定額）サービスを受けた場合の請求明細書

※種別については以下の通りとする

別表…サービス利用票別表 給……給付管理票 請……請求明細書

サービス利用票別表の記載例

・本記載例における、要支援・要介護状態区分等、市町村が定める区分支給限度基準額、単位数、給付率は以下のとおり

要支援・要介護状態区分等：要支援1

区分支給限度基準額(単位)：5,003単位

(予防給付)

予防看I1 631010：1回につき318単位、給付率90%

(総合事業)

介護予防訪問介護I A11111：1月につき1,226単位、給付率90%

予防訪問介護初回加算 A14001：1月につき200単位、給付率90%

記載例1-1 (案)

要支援者が予防サービスとみなしサービスを受けた場合のサービス利用票別表

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 (金額負担分)	
					率%	単位数														
△△事業所	9060000060	予防看I1	631010	318			8	2,544				2,544	10.35	26,330	90	23,697		2,633		
〇〇事業所	9070100010	介護予防訪問介護I	A11111	1,226			1	1,226												
〇〇事業所	9070100010	予防訪問介護初回加算	A14001	200			1	200												
〇〇事業所	9070100010	訪問型サービス(みなし)合計						(1,426)				1,426	10.35	14,759	90	13,283		1,476		
					要支援1の区分支給限度額を記載。															
					区分支給限度基準額(単位)		5,003		合計		3,970		3,970		41,089		36,980		4,109	

保険/事業費 請求額
1、4行目：《費用総額 保険/事業対象分 × 給付率》を記載する。
※《》は、囲まれた部分の計算結果の小数点以下を切り捨てることを示す。

利用者負担 保険/事業対象分
1、4行目：費用総額 保険/事業対象分 - 保険/事業費 請求額を記載する。

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			

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

給付管理票（平成 27 年 4 月分）

記載例 1-2（案）

要支援者が予防サービスとみなしサービスを受けた場合の給付管理票

保険者番号						保険者名					
9	0	1	0	1	0	□□市					
被保険者番号						被保険者氏名					
0	0	0	0	0	1	フリガナ	カノ	イチロウ	介護 一郎		
生年月日			性別			要支援・要介護状態区分等					
明・大・昭 5年 7月 7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					
5,003 単位/月						平成 27年 4月			平成 28年 3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			9	0	0	0	0	1	0	0	0	1
担当介護支援専門員番号			9	0	0	0	0	0	0	1	1	
居宅介護/介護予防 支援事業者の事業所名			●●地域包括支援センター									
支援事業者の 事業所所在地及び連絡先			099-999-9999									
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								
○○事業所	9	0	7	0	1	0	0	0	1	0	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	訪問型サービス (みなし)	A	1	1	4	2	6
△△事業所	9	0	6	0	0	0	0	0	6	0	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	介護予防訪問看護	6	3	2	5	4	4
											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		3	9	7	0			

総合事業のサービスを記載する場合、「総合事業」を選択する

要支援1の区分支給限度基準額（5,003 単位）を超える場合、返戻とする

様式第二の三（附則第〇条関係）

記載例 1-3（案）
要支援者がみなしサービスを受けた
場合の請求明細書

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	2	7	年	0	4	月分
保険者番号	9	0	1	0	1	0

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
	(フリガナ)	カゴ イロウ									
	氏名	介護 一郎									
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男	2.女				
	要支援状態区分等	事業対象者 要支援1・要支援2									
認定有効期間	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成	2	8	年	0	3	月	3	1	日	まで

請求事業者	事業所番号	9	0	7	0	1	0	0	0	1	0
	事業所名称	〇〇事業所									
	所在地	〒999-9999 〇〇県〇〇市△△町1-1-1									
	連絡先	電話番号 099-222-2222									

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	9 0 0 0 0 1 0 0 0 1
事業所名称	●●地域包括支援センター

開始年月日	平成 2 7 年 0 4 月 0 1 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
		介護予防訪問介護 I	A 1 1 1 1 1		1	1 2 2 6		
	予防訪問介護初回加算	A 1 4 0 0 1		1	2 0 0			

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	A 1	訪問型サービス (みなし)
	③サービス実日数	1 0	日
	④計画単位数	1 4 2 6	
	⑤限度額管理対象単位数	1 4 2 6	
	⑥限度額管理対象外単位数	0	
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥	1 4 2 6	
	⑧公費分単位数	0	
	⑨単位数単価	1 0 3 5	円/単位
	⑩事業費請求額	1 3 2 8 3	
	⑪利用者負担額	1 4 7 6	
	⑫公費請求額	0	
	⑬公費分本人負担	0	

1. 事業費請求額を求める
 ⑩事業費請求額＝
 《《⑦給付単位数×⑨単位数単価》×給付率》
 1,426 単位×10.35 円＝14,759.1
 ≒14,759 円
 14,759 円×90%＝13,283.1
 ≒13,283 円

2. 利用者負担額を求める
 ⑪利用者負担額＝
 《⑦給付単位数×⑨単位数単価》－⑩事業費請求額
 1,426 単位×10.35 円＝14,759.1
 ≒14,759 円
 14,759 円－13,283＝1,476 円

給付率 (/100)	
事業	9 0
公費	
合計	
	1 3 2 8 3
	1 4 7 6
	0
	0

※ 《》は、囲まれた部分の計算結果の小数点以下を切り捨てることを示す

枚中	枚目
----	----

様式第二の二 (附則第二条関係)

記載例 1-4 (案)

要支援者が予防サービスを受けた場合の請求明細書

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
(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・介護予防居宅療養型介護・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	2	7	年	0	4	月	分
公費受給者番号		保険者番号	9	0	1	0	1	0	

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	
	(フリガナ)	カゴ イチロウ										
	氏名	介護 一郎										
	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	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から	
	平成	2	8	年	0	3	月	3	1	日	まで	

請求事業者	事業所番号	9	0	6	0	0	0	0	0	6	0	
	事業所名称	△△事業所										
	所在地	〒999-9999 〇〇県〇〇市△△町6-6-6										
	連絡先	電話番号 099-666-6666										

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	9	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
事業所名称	●●地域包括支援センター										

開始年月日	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	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																	

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	公費
予訪看 I 1	6 3 1 0 1 0	3 1 8	8	2 5 4 4				

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	
								給付	公費

請求額集計欄	①サービス種類コード / ②名称	6 3	介護予防訪問看護															
	③サービス実日数	8	日															
	④計画単位数		2 5 4 4															
	⑤限度額管理対象単位数		2 5 4 4															
	⑥限度額管理対象外単位数		0															給付率 (/100)
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥		2 5 4 4															保険
	⑧公費分単位数		0															公費
	⑨単位数単価		1 0 3 5	円/単位														合計
	⑩保険請求額		2 3 6 9 7															2 3 6 9 7
	⑪利用者負担額		2 6 3 3															2 6 3 3
	⑫公費請求額		0															0
	⑬公費分本人負担		0															0

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

サービス利用票別表の記載例

- ・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「□」「◇」「■」にて表記している。
- ・本記載例における、要支援・要介護状態区分等、市町村が定める区分支給限度基準額、単位数、給付率は以下のとおり

要支援・要介護状態区分等：事業対象者

区分支給限度基準額(単位)：10,473単位

□□サービス1 A3◇◇◇◇◇：1月につき1,000単位、給付率95%

□□サービス2 A3■ ■ ■ ■ ■：1回につき100単位、給付率95%

記載例2-1(案)

事業対象者が保険者独自(定率)サービスを受けた場合のサービス利用票別表

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	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														
〇〇事業所	90A0100010	□□サービス1	A3◇◇◇◇◇	1,000			1	1,000												
〇〇事業所	90A0100010	□□サービス2	A3■ ■ ■ ■ ■	100			3	300												
〇〇事業所	90A0100010	訪問型サービス (独自/定率)合計						(1,300)				1,300	10.35	13,455	95	12,782			673	
				区分支給限度基準額(単位)	5,003		合計	1,300				1,300		13,455		12,782			673	

事業対象者の場合、区分支給限度基準額に目安となる要支援1の額を記載する。但し、計画単位数が要支援1の基準額を超える場合は、要支援2の区分支給限度額以下となる、市町村が定めた区分支給限度額を上限として明細部分の計算、記載を行う。(区分支給限度基準額の記載は、目安となる要支援1の額のままとする。)

保険/事業費請求額
3行目：《費用総額 保険/事業対象分 × 給付率》を記載する。
※《》は、囲まれた部分の計算結果の小数点以下を切り捨てることを示す。

利用者負担 保険/事業対象分
3行目：費用総額 保険/事業対象分 - 保険/事業費請求額を記載する。

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
				合

仮に、計画単位数が要支援1の額を超え、市町村が定めた区分支給限度額を超えていなかった場合には以下のように記載する。

区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計	5,200	~	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	5,200	~
---------------	-------	----	-------	---	-----------------	---	--------------	-------	---

仮に、計画単位数が要支援1の額も、市町村が定めた区分支給限度額も超えていた場合には以下のように記載する。

区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計	11,000	~	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	527	10,473	~
---------------	-------	----	--------	---	-----------------	---	--------------	-----	--------	---

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

記載例 2-2（案）
 事業対象者が保険者独自（定率）サービスを受けた場合の給付管理票

給付管理票（平成 27 年 4 月分）

保険者番号 9 0 1 0 0 1												保険者名 □□市			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											
被保険者番号 0 0 0 0 0 0 1 1 1 1												被保険者氏名 フリガナ カイゴ 太郎 介護 太郎			居室介護／介護予防支援事業所番号 9 0 0 0 0 2 0 0 2 0											
生年月日 明・大 昭 5 年 5 月 5 日						性別 男・女			要支援・要介護状態区分等 事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			担当介護支援専門員番号 9 0 0 0 0 1 1 1						居室介護／介護予防支援事業者の事業所名 ●●地域包括支援センター								
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 5,003 単位／月						限度額適用期間 平成 27 年 4 月 ~ 平成 年 月			支援事業者の事業所所在地及び連絡先 099-999-9999						委託先 委託先の支援事業所番号 委託した 介護支援専門員番号											
居宅サービス												事業対象者の場合、限度額適用期間（終了年月）がない場合、空欄とする														
事業対象者の場合、支給限度基準額に要支援 1 の額を記載する												事業対象者の場合、限度額適用期間（終了年月）がない場合、空欄とする														
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												
〇〇事業所		9 0 A 0 1 0 0 0 1 0				指定・基準該当・地域密着・総合事業			訪問型サービス (独自/定率)			A 3		1 3 0 0												
総合事業のサービスを記載する場合、「総合事業」を選択する																										
												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														
												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														
総合事業																										
合計												1 3 0 0														

事業対象者に対して、給付管理を行う場合、要支援 1 の区分支給限度基準額（5,003 単位）を目安としているが、市町村が定める支給限度基準額（要支援 2 の区分支給限度基準額（10,473 単位）以下の額）を超える場合、返戻とする

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)

記載例 2-3 (案)
事業対象者が保険者独自(定率)サービスを受けた場合の請求明細書
(同一サービス種類内で給付率がすべて一致している場合)

公費負担者番号																				
公費受給者番号																				

平成																				
保険者番号	9	0	1	0	0	1														

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
	(7桁)カガ	カゴ タウ									
	氏名	介護 太郎									
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男	2.女				
	要支援状態区分等	事業対象者 要支援1・要支援2									
認定有効期間	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成			年			月			日	まで

請求事業者	事業所番号	9	0	A	0	1	0	0	0	1	0
	事業所名称	〇〇事業所									
	所在地	〒999-9999 〇〇県〇〇市△△町1-1-1									
	連絡先	電話番号 099-222-2222									

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	9	0	0	0	0	2	0	0	2	0
	事業所名称	●●地域包括支援センター									

開始年月日	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	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
	〇〇サービス1	A 3	◇◇◇◇		1	1 0 0 0		
〇〇サービス2	A 3	■■■■	1 0 0	3	3 0 0			

・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「◇」「■」にて表記している
・A3◇◇◇◇(「1月につき」給付率95%)及びA3■■■■(「1回につき」給付率95%)は保険者市町村から認められたサービス

A3◇◇◇◇は「1月につき」のサービスであるため、単位数は記載しない

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	A 3	訪問型サービス(独自/定率)
	③サービス実日数	8	日
	④計画単位数	1 3 0 0	
	⑤限度額管理対象単位数	1 3 0 0	
	⑥限度額管理対象外単位数	0	
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥	1 3 0 0	
	⑧公費分単位数	0	
	⑨単位数単価	1 0 3 5	円/単位
	⑩事業費請求額	1 2 7 8 2	
	⑪利用者負担額	6 7 3	
	⑫公費請求額	0	
	⑬公費分本人負担	0	

1. 事業費請求額を求める
⑩事業費請求額 = 《⑦給付単位数 × ⑨単位数単価》 × 給付率
1,300 単位 × 10.35 円 = 13,455 円
13,455 円 × 95% = 12,782.25
≒ 12,782 円

2. 利用者負担額を求める
⑪利用者負担額 = 《⑦給付単位数 × ⑨単位数単価》 - ⑩事業費請求額
1,300 単位 × 10.35 円 = 13,455 円
13,455 円 - 12,782 円 = 673 円

※ 《》は、囲まれた部分の計算結果の小数点以下を切り捨てることを示す

保険者独自(定率)サービスの場合、給付率は記載しない

給付率 (/100)	
事業	
公費	
合計	
1 2 7 8 2	
6 7 3	
0	
0	

枚中	枚目
----	----

サービス利用票別表の記載例

- ・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「□」「■」にて表記している。
- ・本記載例における、要支援・要介護状態区分等、市町村が定める区分支給限度基準額、単位数、給付率は以下のとおり

要支援・要介護状態区分等：事業対象者

区分支給限度基準額(単位)：10,473単位

□□サービス1 A3□□□□：1回につき200単位、給付率95%

□□サービス2 A3■ ■ ■ ■：1回につき100単位、給付率80%

記載例3-1(案)

事業対象者が保険者独自(定率)サービスを受けた場合のサービス利用票別表

サービス利用票別表

費用総額 保険/事業対象分
1~3行目：《区分支給限度分基準内単位数 × 単位数単価》を記載する。

※《》は、囲まれた部分の計算結果の小数点以下を切り捨てることを示す。

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	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 (金額負担分)
					率%	単位数													
〇〇事業所	90A0100010	□□サービス1	A3□□□□	200			5	1,000				(1,000)	10.35	(10,350)	95	(9,832)			
〇〇事業所	90A0100010	□□サービス2	A3■ ■ ■ ■	100			3	300				(300)	10.35	(3,105)	80	(2,484)			
〇〇事業所	90A0100010	訪問型サービス (独自/定率)合計						(1,300)				1,300	10.35	13,455		12,316		1,139	
				区分支給限度基準額(単位)	5,003		合計	1,300				1,300		13,455		12,316		1,139	

事業対象者の場合、区分支給限度基準額に目安となる要支援1の額を記載する。但し、計画単位数が要支援1の基準額を超える場合は、要支援2の区分支給限度額以下となる、市町村が定めた区分支給限度額を上限として明細部分の計算、記載を行う。(区分支給限度基準額の記載は、目安となる要支援1の額のままとする。)

保険/事業費請求額
1、2行目：《費用総額保険/事業対象分 × 給付率》を記載する。
3行目：1、2行目の事業費請求額の合計を記載する。
※1、2行目は同一のサービス種類で給付率が異なる為、明細行毎に事業費請求額を計算する。
※《》は、囲まれた部分の計算結果の小数点以下を切り捨てることを示す。

利用者負担 保険/事業対象分
3行目：費用総額保険/事業対象分 - 保険/事業費請求額を記載する。

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
				合

仮に、計画単位数が要支援1の額を超え、市町村が定めた区分支給限度額を超えていなかった場合には以下のように記載する。

区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計	5,200	~	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	~
					~	~	~
						5,200	~

仮に、計画単位数が要支援1の額も、市町村が定めた区分支給限度額も超えていた場合には以下のように記載する。

区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計	11,000	~	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	~
					~	~	~
					527	10,473	~

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

記載例 3-2（案）
 事業対象者が保険者独自（定率）サービスを受けた場合の給付管理票

給付管理票（平成 27 年 4 月分）

保険者番号 9 0 1 0 0 1		保険者名 □□市	
被保険者番号 0 0 0 0 0 0 1 1 1 1		被保険者氏名 フリガナ カイゴ 太郎 介護 太郎	
生年月日 明・大 昭 5年 5月 5日	性別 男・女	要支援・要介護状態区分等 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 5,003 単位/月		限度額適用期間 平成 27年 4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 9 0 0 0 0 2 0 0 2 0	
担当介護支援専門員番号 9 0 0 0 0 1 1 1		居宅介護/介護予防支援事業者の事業所名 ●●地域包括支援センター	
委託した		委託先の支援事業所番号 099-999-9999	

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
〇〇事業所	9 0 A 0 1 0 0 0 1 0	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	訪問型サービス (独自/定率)	A 3	1 3 0 0
事業対象者の場合、支給限度基準額に要支援1の額を記載する					
事業対象者の場合、限度額適用期間（終了年月）がない場合、空欄とする					
総合事業のサービスを記載する場合、「総合事業」を選択する					
事業対象者に対して、給付管理を行う場合、要支援1の区分支給限度基準額（5,003単位）を目安としているが、市町村が定める支給限度基準額（要支援2の区分支給限度基準額（10,473単位）以下の額）を超える場合、返戻とする					
合計					1 3 0 0

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)

記載例 3-3 (案)
事業対象者が保険者独自(定率)サービスを受けた場合の請求明細書
(同一サービス種類内で給付率が複数存在する場合)

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成	
保険者番号	9 0 1 0 0 1

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 1 1 1 1
	(フリガナ)	カゴ タロウ
	氏名	介護 太郎
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 0 5 年 0 5 月 0 5 日
	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 2 7 年 0 4 月 0 1 日 から 平成 年 月 日 まで	

請求事業者	事業所番号	9 0 A 0 1 0 0 0 1 0
	事業所名称	〇〇事業所
	所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9 〇〇県〇〇市△△町 1-1-1
	連絡先	電話番号 099-222-2222

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	9 0 0 0 0 2 0 0 2 0
事業所名称	●●地域包括支援センター

開始年月日	平成 2 7 年 0 4 月 0 1 日	中止年月日	平成 年 月 日
-------	----------------------	-------	----------

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
〇〇サービス1	A 3 □ □ □ □	2 0 0	5	1 0 0 0			
〇〇サービス2	A 3 ■ ■ ■ ■	1 0 0	3	3 0 0			

・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「□」「■」にて表記している
・A3□□□□(給付率95%)及びA3■■■■(給付率80%)は保険者市町村から認められたサービス

(参考)明細情報ごとの事業費請求額を求める
明細情報ごとの事業費請求額=
《《サービス単位数×⑨単位数単価》×給付率》
1行目 □□サービス1 (A3□□□□)
1,000単位×10.35円=10,350円
10,350円×95%=9,832.5≒9,832円
2行目 □□サービス2 (A3■■■■)
300単位×10.35円=3,105円
3,105円×80%=2,484円
※《》は、囲まれた部分の計算結果の小数点以下を切り捨てることを示す

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

①サービス種類コード/②名称	A 3	訪問型サービス(独自/定率)		
③サービス実日数	8	日	日	
④計画単位数	1 3 0 0			
⑤限度額管理対象単位数	1 3 0 0			
⑥限度額管理対象外単位数	0			
⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥	1 3 0 0			
⑧公費分単位数	0			
⑨単位数単価	1 0 3 5	円/単位		
⑩事業費請求額	1 2 3 1 6			
⑪利用者負担額	1 1 3 9			
⑫公費請求額	0			
⑬公費分本人負担	0			

保険者独自(定率)サービスの場合、給付率は記載しない

1. 事業費請求額を求める
⑩事業費請求額=
明細情報ごとに計算した事業費請求額の合計
9,832円+2,484円=12,316円
2. 利用者負担額を求める
⑪利用者負担額=
《⑦給付単位数×⑨単位数単価》-⑩事業費請求額
1,300単位×10.35円=13,455円
13,455円-12,316円=1,139円

給付率(/100)	
事業	
公費	
合計	
	1 2 3 1 6
	1 1 3 9
	0
	0
枚中	枚目

サービス利用票別表の記載例

記載例4-1 (案)
 事業対象者が保険者独自(定額)サービスを
 受けた場合のサービス利用票別表

- ・ サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「◇」「◆」にて表記している。
- ・ 本記載例における、要支援・要介護状態区分等、市町村が定める区分支給限度基準額、単位数、利用者負担額は以下のとおり

要支援・要介護状態区分等：事業対象者
 区分支給限度基準額(単位)：10,473単位
 ◇◇サービス1 A4◇◇◇◇◇：1回につき400単位、1回あたりの利用者負担額414円
 ◇◇サービス2 A4◆◆◆◆◆：1回につき1000単位、1回あたりの利用者負担額777円

保険者独自(定額)の場合、給付率は記載しない。

保険者独自(定額)の場合、1回あたりの利用者負担額を定額利用者負担単価金額欄に記載する。

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													
〇〇事業所	90A0100040	◇◇サービス1	A4◇◇◇◇◇	400			5	2,000										414	(2,070)
〇〇事業所	90A0100040	◇◇サービス2	A4◆◆◆◆◆	1,000			3	3,000										777	(2,331)
〇〇事業所	90A0100040	訪問型サービス (独自/定額)合計						(5,000)				5,000	10.35	51,750		47,349		4,401	
				区分支給限度基準額(単位)	5,003		合計	5,000				5,000		51,750		47,349		4,401	

事業対象者の場合、区分支給限度基準額に目安となる要支援1の額を記載する。但し、計画単位数が要支援1の基準額を超える場合は、要支援2の区分支給限度額以下となる、市町村が定めた区分支給限度額を上限として明細部分の計算、記載を行う。(区分支給限度基準額の記載は、目安となる要支援1の額のみとする。)

保険/事業費 請求額
 3行目: 費用総額保険/事業対象分 - 利用者負担 保険/事業対象分 を記載する。

利用者負担 保険/事業対象分
 1、2行目: 定額利用者負担単価金額 × 回数 を記載する。
 3行目: 1、2行目の利用者負担 の合計を記載する。

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
合				

仮に、計画単位数が要支援1の額を超え、市町村が定めた区分支給限度額を超えていなかった場合には以下のように記載する。

区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計	5,200	～	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	5,200	～
---------------	-------	----	-------	---	-----------------	---	--------------	-------	---

仮に、計画単位数が要支援1の額も、市町村が定めた区分支給限度額も超えていた場合には以下のように記載する。

区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計	11,000	～	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	527	10,473	～
---------------	-------	----	--------	---	-----------------	---	--------------	-----	--------	---

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

記載例 4-2（案）
 事業対象者が保険者独自（定額）サービスを受けた場合の給付管理票

給付管理票（平成 27 年 4 月分）

保険者番号 9 0 1 0 1 0		保険者名 □□市	
被保険者番号 0 0 0 0 0 0 2 2 2 2		被保険者氏名 フリガナ カイゴ ハコ 介護 花子	
生年月日 明・大 昭 5 年 6 月 6 日	性別 男・女	要支援・要介護状態区分等 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 5,003 単位/月		限度額適用期間 平成 27 年 4 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 9 0 0 0 0 1 0 0 0 1	
担当介護支援専門員番号 9 0 0 0 0 0 1 1		居宅介護/介護予防支援事業者の事業所名 ●●地域包括支援センター	
委託した		支援事業者の事業所所在地及び連絡先 099-999-9999	
委託先の支援事業所番号		介護支援専門員番号	

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
〇〇事業所	9 0 A 0 1 0 0 0 4 0	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	訪問型サービス (独自/定額)	A 4	5 0 0 0
事業対象者の場合、支給限度基準額に要支援 1 の額を記載する					
事業対象者の場合、限度額適用期間（終了年月）がない場合、空欄とする					
総合事業のサービスを記載する場合、「総合事業」を選択する					
事業対象者に対して、給付管理を行う場合、要支援 1 の区分支給限度基準額 (5,003 単位) を目安としているが、市町村が定める支給限度基準額 (要支援 2 の区分支給限度基準額 (10,473 単位) 以下の額) を超える場合、返戻とする					
総合事業					合計
					5 0 0 0

様式第二の三 (附則第〇条関係)

記載例 4-3 (案)

事業対象者が保険者独自(定額)サービスを受けた場合の請求明細書

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	2	7	年	0	4	月分
保険者番号	9	0	1	0	1	0

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 2 2 2 2
	(フリガナ)	カゴ ハコ
	氏名	介護 花子
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 0 5 年 0 6 月 0 6 日
	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 2 7 年 0 4 月 0 1 日 から 平成 年 月 日 まで	

請求事業者	事業所番号	9 0 A 0 1 0 0 0 4 0
	事業所名称	〇〇事業所
	所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9 〇〇県〇〇市△△町 2-2-2
	連絡先	電話番号 099-333-3333

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	9 0 0 0 0 1 0 0 0 1
事業所名称	●●地域包括支援センター

開始年月日	平成 2 7 年 0 4 月 0 1 日	中止年月日	平成 年 月 日
-------	----------------------	-------	----------

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
◇◇サービス1	A 4 ◇ ◇ ◇ ◇	4 0 0	5	2 0 0 0
◇◇サービス2	A 4 ◆ ◆ ◆ ◆	1 0 0 0	3	3 0 0 0

・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「◇」「◆」にて表記している
・A4◇◇◇◇(利用者負担額 414 円)及びA4◆◆◆◆(利用者負担額 777 円)は保険者市町村から認められたサービス

(参考) 明細情報ごとの利用者負担額を求める
明細情報ごとの利用者負担額＝
1 回あたりの利用者負担額×回数

1 行目 ◇◇サービス1 (A4◇◇◇◇)
414 円×5 回＝2,070 円

2 行目 ◇◇サービス2 (A4◆◆◆◆)
777 円×3 回＝2,331 円

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	A 4 訪問型サービス (独自/定額)
	③サービス実日数	8 日
	④計画単位数	5 0 0 0
	⑤限度額管理対象単位数	5 0 0 0
	⑥限度額管理対象外単位数	0
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥	5 0 0 0
	⑧公費分単位数	0
	⑨単位数単価	1 0 3 5 円/単位
	⑩事業費請求額	4 7 3 4 9
	⑪利用者負担額	4 4 0 1
	⑫公費請求額	0
	⑬公費分本人負担	0

1. 利用者負担額を求める
⑪利用者負担額＝
明細情報ごとに計算した利用者負担額の合計
2,070 円 + 2,331 円 = 4,401 円

2. 事業費請求額を求める
⑩事業費請求額＝
《⑦給付単位数×⑨単位数単価》－⑪利用者負担額
5,000 単位×10.35 円＝51,750 円
51,750 円－4,401 円＝47,349 円

※保険者独自(定額)サービスの場合、利用者負担額から先に計算する
※《》は、囲まれた部分の計算結果の小数点以下を切り捨てることを示す

保険者独自(定額)サービスの場合、給付率は記載しない	
給付率 (/100)	
事業	
公費	
合計	
4 7 3 4 9	
4 4 0 1	
0	
0	

枚中	枚目
----	----

サービス利用票別表の記載例

- ・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「□」「■」にて表記している。
- ・本記載例における、要支援・要介護状態区分等、市町村が定める区分支給限度基準額、単位数、給付率は以下のとおり
- 要支援・要介護状態区分等：事業対象者
- 区分支給限度基準額(単位)：10,473単位
- サービス1 A3□□□□：1回につき401単位、給付率95%
- サービス2 A3■●●●●：1回につき401単位、給付率80%
- サービス3 A3■●●□：1回につき871単位、給付率95%

記載例 5-1 (案)
 事業対象者が保険者独自(定率)サービスを受けた場合のサービス利用票別表(計画単位数を超過した場合)

サービス利用票別表

費用総額 保険/事業対象分
 1～4行目:《区分支給限度分基準内単位数 × 単位数単価》を記載する。
 ※《》は、囲まれた部分の計算結果の小数点以下を切り捨てることを示す。

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 (金額負担分)
					率%	単位数												
○○事業所	90A0100010	□□サービス1	A3□□□□	401			5	2,005				(2,005)	10.35	(20,751)	95	(19,713)		
○○事業所	90A0100010	□□サービス2	A3■●●●●	401			5	2,005			(505)	(1,500)	10.35	(15,525)	80	(12,420)		
○○事業所	90A0100010	訪問型サービス (独自/定率)合計						(4,010)			505	3,505	10.35	36,276		32,133		4,143
□□事業所	90A0100050	□□サービス3	A3■●●□	871			8	6,968				6,968	10.35	72,118	95	68,512		3,606
							合計	10,978			505	10,473		108,394		100,645		7,749
							合計	5,003										

区分支給限度基準を超える単位数
 利用者負担額を考慮し給付率が低い2行目のサービス(A3■●●●●)で超過した単位数の調整を行った例を示す。

事業対象者の場合、区分支給限度基準額に目安となる要支援1の額を記載する。但し、計画単位数が要支援1の基準額を超える場合は、要支援2の区分支給限度額以下となる、市町村が定めた区分支給限度額を上限として明細部分の計算、記載を行う。(区分支給限度基準額の記載は、目安となる要支援1の額のままとする。)

保険/事業費請求額
 1、2行目:《費用総額保険/事業対象分 × 給付率》を記載する。
 3行目: 1、2行目の事業費請求額の合計を記載する。
 4行目:《費用総額保険/事業対象分 × 給付率》を記載する。
 ※1、2行目は同一のサービス種類で給付率が異なる為、明細行毎に事業費請求額を計算する。
 ※《》は、囲まれた部分の計算結果の小数点以下を切り捨てることを示す。

利用者負担 保険/事業対象分
 3、4行目: 費用総額保険/事業対象分 - 保険/事業費請求額を記載する。

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
				合

仮に、計画単位数が要支援1の額を超え、市町村が定めた区分支給限度額を超えていなかった場合には以下のように記載する。

区分支給限度基準額(単位)	合計	区分支給限度基準内単位数	区分支給限度を超える単位数
5,003	5,200	~	~

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

仮に、計画単位数が要支援1の額も、市町村が定めた区分支給限度額も超えていた場合には以下のように記載する。

区分支給限度基準額(単位)	合計	区分支給限度基準内単位数	区分支給限度を超える単位数
5,003	11,000	527	10,473

様式第二の三 (附則第〇条関係)

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)

記載例 5-3 (案)

事業対象者が保険者独自(定率)サービスを受けた場合の請求明細書
(計画単位数を超過した場合)

公費負担者番号																				
公費受給者番号																				

平成																				
保険者番号	9	0	1	0	0	1														

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
	(フリガナ)	カゴ タロウ									
	氏名	介護 太郎									
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男	2.女				
	要支援状態区分等	事業対象者 要支援1・要支援2									
認定有効期間	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成			年			月			日	まで

請求事業者	事業所番号	9	0	A	0	1	0	0	0	1	0
	事業所名称	〇〇事業所									
	所在地	〒	9	9	9	-	9	9	9		
連絡先											

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								
開始年月日	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日
中止年月日										

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
〇〇サービス1	A 3 □ □ □ □	4 0 1	5	2 0 0 5
〇〇サービス2	A 3 ■ ■ ■ ■	4 0 1	5	2 0 0 5

・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「□」「■」にて表記している
・A3□□□□(給付率95%)及びA3■ ■ ■ ■(給付率80%)は保険者市町村から認められたサービス

事業費明細欄(住所地特例対象者)	サー	計画単位数が3,505単位に対して、4,010単位実施し計画単位数を505単位超過している	回数	サービス単位数
------------------	----	---	----	---------

①サービス種類コード/②名称	A 3	訪問型(独自)
③サービス実日数	1 0	日
④計画単位数	3 5 0 5	
⑤限度額管理対象単位数	4 0 1 0	
⑥限度額管理対象外単位数	0	
⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥	3 5 0 5	
⑧公費分単位数	0	
⑨単位数単価	1 0 3 5	円/単位
⑩事業費請求額	3 2 1 3 3	
⑪利用者負担額	4 1 4 3	
⑫公費請求額	0	
⑬公費分本人負担	0	

1. 事業費請求額を求める
⑩事業費請求額 = 明細情報ごとに計算した事業費請求額の合計
19,713円 + 12,420円 = 32,133円

2. 利用者負担額を求める
⑪利用者負担額 = 《⑦給付単位数 × ⑨単位数単価》 - ⑩事業費請求額
3,505単位 × 10.35円 = 36,276.75
≒ 36,276円
36,276円 - 32,133円 = 4,143円

保険者独自(定率)サービスの場合、給付率は記載しない

給付率(/100)					
事業					
公費					
合計	3	2	1	3	3
	4	1	4	3	
					0
					0

2行目のサービス(A3■ ■ ■ ■)で超過した単位数の調整を行った例を示す
(参考)明細情報ごとの事業費請求額を求める
明細情報ごとの事業費請求額 = 《サービス単位数 × ⑨単位数単価》 × 給付率
1行目 □□サービス1 (A3□□□□)
2,005単位 × 10.35円 = 20,751.75円 ≒ 20,751円
20,751円 × 95% = 19,713.45円
≒ 19,713円

(参考)2行目のサービス(A3■ ■ ■ ■)のサービス単位数から、超過した505単位を減算した単位数より明細情報ごとの事業費請求額を求める
《(サービス単位数 - 超過分の単位数) × ⑨単位数単価》 × 給付率
2行目 □□サービス2 (A3■ ■ ■ ■)
2,005単位 - 505単位 = 1,500単位
1,500単位 × 10.35 = 15,525円
15,525円 × 80% = 12,420円

※ 《》は、囲まれた部分の計算結果の小数点以下を切り捨てることを示す

サービス利用票別表の記載例

- ・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「◇」「◆」にて表記している。
- ・本記載例における、要支援・要介護状態区分等、市町村が定める区分支給限度基準額、単位数、利用者負担額は以下のとおり

要支援・要介護状態区分等：事業対象者
区分支給限度基準額(単位)：10,473単位

◇◇サービス1 A4◇◇◇◇：1回につき401単位、1回あたりの利用者負担額414円

◇◇サービス2 A4◆◆◆◆：1回につき401単位、1回あたりの利用者負担額777円

◇◇サービス3 A4◆◆◆◇：1回につき871単位、1回あたりの利用者負担額871円

記載例 6-1 (案)

事業対象者が保険者独自(定額)サービスを受けた場合のサービス利用票別表
(計画単位数を超過した場合)

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													
〇〇事業所	90A0100040	◇◇サービス1	A4◇◇◇◇	401			5	2,005				(2,005)					414	(2,070)	
〇〇事業所	90A0100040	◇◇サービス2	A4◆◆◆◆	401			5	2,005			(505)	(1,500)					777	(2,906)	
〇〇事業所	90A0100040	訪問型サービス (独自/定額)合計						(4,010)			505	3,505	10.35	36,276		31,300		4,976	5,226
□□事業所	90A0100060	◇◇サービス3	A4◆◆◆◇	871			8	6,968				6,968	10.35	72,118		65,150	871	6,968	
				区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計		10,978			505	10,473		108,394		96,450		11,944	5,226

区分支給限度基準内単位数
利用者負担額を考慮し1単位あたりの利用者負担額が高い2行目のサービス(A4◆◆◆◆)で超過した単位数の調整を行った例を示す。

(参考) 1単位当たりの利用者負担額

$$1 \text{行目: } \left(\frac{1 \text{回あたりの利用者負担額}}{1 \text{回あたりの単位数}} \right) \left(\frac{414 \text{円}}{401 \text{単位}} \right) = 1.032 \dots$$

$$2 \text{行目: } \left(\frac{1 \text{回あたりの利用者負担額}}{1 \text{回あたりの単位数}} \right) \left(\frac{777 \text{円}}{401 \text{単位}} \right) = 1.937 \dots$$

$$4 \text{行目: } \left(\frac{1 \text{回あたりの利用者負担額}}{1 \text{回あたりの単位数}} \right) \left(\frac{871 \text{円}}{871 \text{単位}} \right) = 1$$

利用者負担 保険/事業対象分

1行目: 定額利用者負担単価金額 × 回数を記載する。

2行目: 超過した505単位を減算した単位数より求めた利用者負担額を記載する。

$$\left\langle \left(\frac{1 \text{回あたりの利用者負担額}}{1 \text{回あたりの単位数}} \right) \times (\text{サービス単位数} - \text{超過分の単位数}) \right\rangle$$

$$\left(\frac{777 \text{円}}{401 \text{単位}} \right) \times (2,005 \text{単位} - 505 \text{単位})$$

$$= 2,906.483 \dots \approx 2,906 \text{円}$$

※まず1単位あたりの利用者負担額を求め、その値に計画単位数内の単位数を乗じて計算する。

※《》は、囲まれた部分の計算結果の小数点以下を切り捨てることを示す。

3行目: 1、2行目の利用者負担の合計を記載する。

4行目: 定額利用者負担単価金額 × 回数を記載する。

種別支給限度

事業対象者の場合、区分支給限度基準額に目安となる要支援1の額を記載する。但し、計画単位数が要支援1の基準額を超える場合は、要支援2の区分支給限度額以下となる、市町村が定めた区分支給限度額を上限として明細部分の計算、記載を行う。(区分支給限度基準額の記載は、目安となる要支援1の額のみとする。)

仮に、計画単位数が要支援1の額を超え、市町村が定めた区分支給限度額を超えていなかった場合には以下のように記載する。

区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計	5,200	~	区分支給限度基準内単位数	~	区分支給限度基準内単位数	5,200	~

仮に、計画単位数が要支援1の額も、市町村が定めた区分支給限度額も超えていた場合には以下のように記載する。

区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計	11,000	~	区分支給限度基準内単位数	527	区分支給限度基準内単位数	10,473	~

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

様式第十一 (附則第二条関係)

記載例6-2 (案)

事業対象者が保険者独自(定額)サービスを受けた場合の給付管理票
(計画単位数を超過した場合)

給付管理票 (平成 27年 4月分)

保険者番号 9 0 1 0 1 0					保険者名 □□市				
被保険者番号 0 0 0 0 0 0 2 2 2 2					被保険者氏名 フリガナ カイゴ ハコ 介護 花子				
生年月日 明・大(昭) 5年 6月 6日					性別 男・女		要支援・要介護状態区分等 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 5,003 単位/月					限度額適用期間 平成 27年 4月 ~ 平成 年 月				
委託した					委託先の支援事業所番号				
					介護支援専門員番号				

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			9 0 0 0 0 1 0 0 0 1						
担当介護支援専門員番号			9 0 0 0 0 0 1 1						
居宅介護/介護予防 支援事業者の事業所名			●●地域包括支援センター						
支援事業者の 事業所所在地及び連絡先			099-999-9999						
委託した			委託先の支援事業所番号						
			介護支援専門員番号						

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						
〇〇事業所	9	0	A	0	1	0	0	0	4	0	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	訪問型サービス (独自/定額)	A	4	3	5	0	5
□□事業所	9	0	A	0	1	0	0	0	6	0	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	訪問型サービス (独自/定額)	A	4	6	9	6	8
											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		1 0 4 7 3					

事業対象者の場合、支給限度基準額に要支援1の額を記載する

事業対象者の場合、限度額適用期間(終了年月)がない場合、空欄とする

総合事業のサービスを記載する場合、「総合事業」を選択する

事業対象者に対して、給付管理を行う場合、要支援1の区分支給限度基準額(5,003単位)を目安としているが、市町村が定める支給限度基準額(要支援2の区分支給限度基準額(10,473単位)以下の額)を超える場合、返戻とする

様式第二の三 (附則第〇条関係)

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)

記載例 6-3 (案)
事業対象者が保険者独自 (定額) サービスを受けた場合の請求明細書
(計画単位数を超過した場合)

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成	2	7	年	0	4	月分
保険者番号	9	0	1	0	1	0

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	
	(フリガナ)	カゴ ハコ										
	氏名	介護 花子										
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男	2. 女					
	要支援状態区分等	事業対象者 要支援1・要支援2										
認定有効期間	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から	
	平成			年			月			日	まで	

請求事業者	事業所番号	9	0	A	0	1	0	0	0	4	0	
	事業所名称	〇〇事業所										
	所在地	〒999-9999 〇〇県〇〇市△△町2-2-2										
	連絡先											

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	9 0 0 0 0 1 0 0 0 1
事業所名称	

開始年月日	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	中止年月日
-------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------

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
◇◇サービス1	A 4 ◇ ◇ ◇ ◇	4 0 1	5	2 0 0 5
◇◇サービス2	A 4 ◆ ◆ ◆ ◆	4 0 1	5	2 0 0 5

・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「◇」「◆」にて表記している
・A4◇◇◇◇(利用者負担額 414 円)及びA4◆◆◆◆(利用者負担額 777 円)は保険者市町村から認められたサービス

事業費明細欄 (住所地利例対象者)	回数	サービス単位数
計画単位数が 3,505 単位に対して、4,010 単位実施し計画単位数を 505 単位超過している		

①サービス種類コード / ②名称	A 4	サービス / 定額
③サービス実日数	1 0 日	
④計画単位数	3 5 0 5	
⑤限度額管理対象単位数	4 0 1 0	
⑥限度額管理対象外単位数	0	
⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥	3 5 0 5	
⑧公費分単位数	0	
⑨単位数単価	1 0 3 5 円 / 単位	
⑩事業費請求額	3 1 3 0 0	
⑪利用者負担額	4 9 7 6	
⑫公費請求額	0	
⑬公費分本人負担	0	

1. 利用者負担額を求める
⑪利用者負担額 = 明細情報ごとに計算した利用者負担額の合計
2,070 円 + 2,906 円 = 4,976 円

2. 事業費請求額を求める
⑩事業費請求額 = 《⑦給付単位数 × ⑨単位数単価》 - ⑪利用者負担額
3,505 単位 × 10.35 円 = 36,276.75 円
= 36,276 円
36,276 円 - 4,976 円 = 31,300 円

※保険者独自 (定額) サービスの場合、利用者負担額から先に計算する

2 行目のサービス (A4◆◆◆◆) で超過した単位数の調整を行った例を示す
(参考) 明細情報ごとの利用者負担額を求め
明細情報ごとの利用者負担額 = 1 回あたりの利用者負担額 × 回数
1 行目 ◇◇サービス 1 (A4◇◇◇◇)
414 円 × 5 回 = 2,070 円

(参考) 2 行目のサービス (A4◆◆◆◆) のサービス単位数から、超過した 505 単位数を減算した単位数より明細情報ごとの利用者負担額を求め
《 (1 回あたりの利用者負担額) / 1 回あたりの単位数 × (サービス単位数 - 超過分の単位数) 》
2 行目 ◇◇サービス 2 (A4◆◆◆◆)
(777 円 / 401 単位) × (2,005 単位 - 505 単位)
= 2,906.483... 円 ≒ 2,906 円

※まず 1 単位あたりの利用者負担額を求め、その値に計画単位数内の単位数を乗じて計算する
※《》は、囲まれた部分の計算結果の小数点以下を切り捨てることを示す

保険者独自 (定額) サービスの場合、給付率は記載しない

給付率 (/100)	
事業	
公費	
合計	
	3 1 3 0 0
	4 9 7 6
	0
	0

枚中	枚目
----	----

サービス利用票別表の記載例

- ・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「○」「□」にて表記している。
- ・本記載例における、要支援・要介護状態区分等、市町村が定める区分支給限度基準額、単位数、給付率または利用者負担額は以下のとおり
 要支援・要介護状態区分等：事業対象者
 区分支給限度基準額(単位)：10,473単位
 ○○サービス A3○○○○：1月につき1,500単位、給付率90%
 □□サービス1 A4□□□□：1回につき101単位、1回あたりの利用者負担額100円

記載例 7-1 (案)
事業対象者が保険者独自(定率)サービス
と保険者独自(定額)サービスを受けた場
合のサービス利用票別表

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													
○○事業所	90A0100040	○サービス	A3○○○○	1,500			1	1,500				1,500	10.35	15,525	90	13,972		1,553	
○○事業所	90A0100040	□サービス1	A4□□□□	101			20	2,020				2,020	10.35	20,907		18,907	100	2,000	
				区分支給限度 基準額(単位)	5,003		合計	3,520				3,520		36,432		32,879		3,553	

保険/事業費 請求額
 1行目：《費用総額保険/事業対象分 × 給付率》を記載する。
 2行目：費用総額保険/事業対象分 - 利用者負担 保険/事業対象分を記載する。
 ※《》は、囲まれた部分の計算結果の小数点以下を切り捨てることを示す。

事業対象者の場合、区分支給限度基準額に
 目安となる要支援1の額を記載する。
 但し、計画単位数が要支援1の基準額を超える
 場合は、要支援2の区分支給限度額以下となる、
 市町村が定めた区分支給限度額を上限として
 明細部分の計算、記載を行う。
 (区分支給限度基準額の記載は、目安となる
 要支援1の額のままとする。)

利用者負担 保険/事業対象分
 1行目：費用総額 保険/事業対象分 - 保険/事業費 請求額を記載する。
 2行目：定額利用者負担単価金額 × 回数を記載する。

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
				合

仮に、計画単位数が要支援1の額を超え、市町村が定めた区分支給限度額を超えていなかった場合には以下のように記載する。

区分支給限度 基準額(単位)	5,003	合計	5,200	~	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	~
					~	5,200	~

仮に、計画単位数が要支援1の額も、市町村が定めた区分支給限度額も超えていた場合には以下のように記載する。

区分支給限度 基準額(単位)	5,003	合計	11,000	~	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	~
					527	10,473	~

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

記載例 7-2（案）
 事業対象者が保険者独自（定率）サービスと保険者独自（定額）サービスを受けた場合の給付管理票

給付管理票（平成 27 年 4 月分）

保険者番号				9 0 1 0 1 0				保険者名				□□市			
被保険者番号				0 0 0 0 0 0 2 2 2 2				フリガナ				カゴ ハコ			
								介護 花子							
生年月日				5 年 6 月 6 日				性別				男・女			
明・大 昭								要支援・要介護状態区分等				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				5,003 単位/月				平成 27 年 4 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			
												9 0 0 0 0 1 0 0 0 1			
												9 0 0 0 0 0 1 1			
												●●地域包括支援センター			
												099-999-9999			

事業対象者の場合、支給限度基準額に要支援 1 の額を記載する										事業対象者の場合、限度額適用期間（終了年月）がない場合、空欄とする									
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						
〇〇事業所	9	0	A	0	1	0	0	0	4	0	指定・基準該当・地域密着・総合事業	訪問型サービス(独自/定率)	A 3	1	5	0	0		
〇〇事業所	9	0	A	0	1	0	0	0	4	0	指定・基準該当・地域密着・総合事業	訪問型サービス(独自/定額)	A 4	2	0	2	0		
総合事業のサービスを記載する場合、「総合事業」を選択する										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								
										事業対象者に対して、給付管理を行う場合、要支援 1 の区分支給限度基準額（5,003 単位）を目安としているが、市町村が定める支給限度基準額（要支援 2 の区分支給限度基準額（10,473 単位）以下の額）を超える場合、返戻とする									
										総合事業									
										合計									
										3 5 2 0									

様式第二の三 (附則第〇条関係)

記載例 7-3 (案)

事業対象者が保険者独自(定率)サービスと保険者独自(定額)サービスを受けた場合の請求明細書

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)

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成	2	7	年	0	4	月分
保険者番号	9	0	1	0	1	0

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2
	(フリガナ)	カゴ ハナコ									
	氏名	介護 花子									
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1. 男 2. 女					
		0	5	年		0	6	月	0	6	日
	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	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成			年			月			日	まで

請求事業者	事業所番号	9	0	A	0	1	0	0	0	4	0	
	事業所名称	〇〇事業所										
	所在地	〒9999-9999										
		〇〇県〇〇市△△町2-2-2										
連絡先	電話番号 099-333-3333											

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	9 0 0 0 0 1 0 0 0 1	事業所名称	●●地域包括支援センター

開始年月日	平成 2 7 年 0 4 月 0 1 日	中止年月日	平成		
-------	----------------------	-------	----	--	--

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
	〇〇サービス	A 3	〇〇〇〇		1	1 5 0 0
□□サービス1	A 4	□□□□	1 0 1	2 0	2 0 2 0	

A3〇〇〇〇は「1月につき」のサービスであるため、単位数は記載しない

・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「〇」「□」にて表記している
 ・A3〇〇〇〇(給付率90%)及びA4□□□□(利用者負担額100円)は保険者市町村から認められたサービス

(参考)明細情報ごとの利用者負担額を求める
 明細情報ごとの利用者負担額=
 1回あたりの利用者負担額×回数
 2行目 □□サービス1 (A4□□□□)
 100円×20回=2,000円

事業費明細欄 (住所地利 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

【A3：訪問型サービス(独自/定率)】
 1. 事業費請求額を求める
 ⑩事業費請求額=
 《⑦給付単位数×⑨単位数単価》×給付率
 1,500単位×10.35円=15,525円
 15,525円×90%=13,972.5
 ≒13,972円

請求額集計欄	①サービス種類コード /②名称	A 3	訪問型サービス (独自/定率)	A 4	訪問型サービス (独自/定額)
	③サービス実日数	1	日	2 0	日
	④計画単位数		1 5 0 0		2 0 2 0
	⑤限度額管理対象単位数		1 5 0 0		2 0 2 0
	⑥限度額管理対象外単位数		0		0
	⑦給付単位数(④⑤のうち 少ない数)+⑥		1 5 0 0		2 0 2 0
	⑧公費分単位数		0		0
	⑨単位数単価	1 0 3 5	円/単位	1 0 3 5	円/単位
	⑩事業費請求額	1 3 9 7 2		1 8 9 0 7	
	⑪利用者負担額	1 5 5 3		2 0 0 0	
	⑫公費請求額		0		0
	⑬公費分本人負担		0		0

2. 利用者負担額を求める
 ⑪利用者負担額=
 《⑦給付単位数×⑨単位数単価》-⑩事業費請求額
 1,500単位×10.35円=15,525円
 15,525円-13,972円=1,553円

【A4：訪問型サービス(独自/定額)】
 1. 事業費請求額=
 《⑦給付単位数×⑨単位数単価》-⑪利用者負担額
 2,020単位×10.35円=20,907円
 20,907円-2,000円=18,907円

※《》は、囲まれた部分の計算結果の小数点以下を切り捨てることを示す

サービス利用票別表の記載例

- ・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「□」にて表記している。
- ・本記載例における、要支援・要介護状態区分等、市町村が定める区分支給限度基準額、単位数、給付率は以下のとおり
 要支援・要介護状態区分等：事業対象者
 区分支給限度基準額(単位)：10,473単位
 □□サービス1 A3□□□□：1回につき80単位、給付率85%
 予防通所介護1・日割 A51112 ：1日につき70単位、給付率90%

記載例 8-1 (案)

事業対象者が訪問型サービス(独自/定率)と通所型サービス(みなし)を同一事業所で受けた場合のサービス利用票別表

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 (金額負担分)
					率%	単位数													
〇〇事業所	9070100050	□□サービス1	A3□□□□	80			10	800				800	10.35	8,280	85	7,038		1,242	
〇〇事業所	9070100050	予防通所介護1・日割	A51112	70			20	1,400				1,400	10.23	14,322	90	12,889		1,433	
				区分支給限度 基準額(単位)	5,003		合計	2,200				2,200		22,602		19,927		2,675	

保険/事業費 請求額
 1、2行目：《費用総額保険/事業対象分 × 給付率》を記載する。
 ※《》は、囲まれた部分の計算結果の小数点以下を切り捨てることを示す。

事業対象者の場合、区分支給限度基準額に目安となる要支援1の額を記載する。但し、計画単位数が要支援1の基準額を超える場合は、要支援2の区分支給限度額以下となる、市町村が定めた区分支給限度額を上限として明細部分の計算、記載を行う。(区分支給限度基準額の記載は、目安となる要支援1の額のままとする。)

利用者負担 保険/事業対象分
 1、2行目：費用総額 保険/事業対象分 - 保険/事業費 請求額を記載する。

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
				合

仮に、計画単位数が要支援1の額を超え、市町村が定めた区分支給限度額を超えていなかった場合には以下のように記載する。

区分支給限度 基準額(単位)	5,003	合計	5,200	~	区分支給限度 基準内単位数	5,200	~

仮に、計画単位数が要支援1の額も、市町村が定めた区分支給限度額も超えていた場合には以下のように記載する。

区分支給限度 基準額(単位)	5,003	合計	11,000	~	区分支給限度 基準内単位数	527	10,473	~

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

様式第十一（附則第二条関係）

記載例 8-2 (案)
 事業対象者が訪問型サービス(独自/定率)と通所型サービス(みなし)を同一事業所で受けた場合の給付管理票

給付管理票（平成 27 年 4 月分）

保険者番号 9 0 1 0 1 0					保険者名 □□市					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																			
被保険者番号 0 0 0 0 0 0 2 2 2 2					被保険者氏名 フリガナ カイゴ ハコ 介護 花子					居宅介護/介護予防支援事業所番号 9 0 0 0 0 1 0 0 0 1					担当介護支援専門員番号 9 0 0 0 0 0 1 1														
生年月日 明・大 昭 5年 6月 6日					性別 男・女					要支援・要介護状態区分等 事業対象者 要支援1・2 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 ●●地域包括支援センター														
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 5,003 単位/月					限度額適用期間 平成 27年 4月 ~ 平成 年 月					支援事業者の事業所所在地及び連絡先 099-999-9999					委託した 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 事業対象者の場合、支給限度基準額に要支援1の額を記載する															事業対象者の場合、限度額適用期間(終了年月)がない場合、空欄とする														
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														
〇〇事業所			9 0 7 0 1 0 0 0 5 0			指定・基準該当・地域密着・総合事業			訪問型サービス(独自/定率)			A 3 8 0 0																	
〇〇事業所			9 0 7 0 1 0 0 0 5 0			指定・基準該当・地域密着・総合事業			通所型サービス(みなし)			A 5 1 4 0 0																	
総合事業のサービスに記載する場合、「総合事業」を選択する																													
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																													
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																													
事業対象者に対して、給付管理を行う場合、要支援1の区分支給限度基準額(5,003単位)を目安としているが、市町村が定める支給限度基準額(要支援2の区分支給限度基準額(10,473単位)以下の額)を超える場合、返戻とする																													
合計												2 2 0 0																	

様式第二の三（附則第〇条関係）

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）

記載例 8-3（案）
 事業対象者が訪問型サービス（独自／定率）と通所型サービス（みなし）を同一事業所で受けた場合の請求明細書

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成	2	7	年	0	4	月分
保険者番号	9	0	1	0	1	0

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2
	(フリガナ)	カゴ ハナコ									
	氏名	介護 花子									
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男	2. 女				
	要支援状態区分等	事業対象者 要支援1・要支援2									
認定有効期間	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成			年			月			日	まで

請求事業者	事業所番号	9	0	7	0	1	0	0	0	5	0
	事業所名称	【A3：訪問型サービス（独自／定率）】									
	所在	1. 事業費請求額を求める ⑩事業費請求額＝ 《《⑦給付単位数×⑨単位数単価》×給付率》 800単位×10.35円＝8,280円 8,280円×85％＝7,038円									
連絡	2. 利用者負担額を求める ⑪利用者負担額＝ 《⑦給付単位数×⑨単位数単価》－⑩事業費請求額 800単位×10.35円＝8,280円 8,280円－7,038円＝1,242円										

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	9 0 0 0 0 1 0 0 0 1
事業所名称	

開始年月日	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	中止年月日
-------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------

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
□□サービス1	A 3 □ □ □ □	8 0	1 0	8 0 0
予防通所介護1・日割	A 5 1 1 1 2	7 0	2 0	1 4 0 0

・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「□」にて表記している
 ・A3□□□□（給付率85%）は保険者市町村から認められたサービス

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位

①サービス種類コード／②名称	A 3	訪問型サービス（独自／定率）	A 5	通所型サービス（みなし）		給付率（/100）
③サービス実日数	1 0	日	2 0	日		
④計画単位数		8 0 0		1 4 0 0		
⑤限度額管理対象単位数		8 0 0		1 4 0 0		
⑥限度額管理対象外単位数		0		0		
⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥		8 0 0		1 4 0 0		
⑧公費分単位数		0		0		
⑨単位数単価	1 0 3 5	円／単位	1 0 2 3	円／単位		
⑩事業費請求額		7 0 3 8		1 2 8 8 9		
⑪利用者負担額		1 2 4 2		1 4 3 3		
⑫公費請求額		0		0		
⑬公費分本人負担		0		0		
						事業 9 0
						公費
						合計
						1 9 9 2 7
						2 6 7 5
						0
						0

※《》は、囲まれた部分の計算結果の小数点以下を切り捨てることを示す

みなしサービスが存在するため、給付率は「90%」と記載する

記載例 9（案）
 保険者独自サービスの請求
 （住所地特例対象者の場合）

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	2	7	年	0	4	月	分
保険者番号	9	0	2	0	1	0	

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
	(フリガナ)	カゴ コロウ									
	氏名	介護 五郎									
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和		性別	1.男	2.女			
		0	5	年	1	0	月	1	0	日	
	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	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成			年			月			日	まで

請求者	事業所番号	9	0	A	0	0	1	0	0	0	1
	事業所名称	〇〇事業所									
		〒	9	9	9	-	9	9	9		
	連絡先	電話番号 099-111-1111									

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	9 0 0 0 0 2 0 0 0 2
事業所名称	●●地域包括支援センター

開始年月日	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	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	概要
	・サービス内容及びサービスコードは、市町村が指定するため、「〇」にて表記している ・被保険者が住所地特例対象者であり、住所地にて総合事業サービスを受けた場合、事業費明細欄ではなく、事業費明細欄（住所地特例対象者）に記載する ・A2〇〇〇〇は、施設所在保険者から認められたサービス							

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	概要
	〇〇サービス	A 2 〇 〇 〇 〇	5 5 0	5	2 7 5 0			9 0 3 0 3 0	

請求額集計欄	①サービス種類コード / ②名称	A 2	訪問型サービス (独自)
	③サービス実日数	5	日
	④計画単位数	2 7 5 0	
	⑤限度額管理対象単位数	2 7 5 0	
	⑥限度額管理対象外単位数	0	
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥	2 7 5 0	
	⑧公費分単位数	0	
	⑨単位数単価	1 0 3 5	円/単位
	⑩事業費請求額	2 5 6 1 5	
	⑪利用者負担額	2 8 4 7	
	⑫公費請求額	0	
	⑬公費分本人負担	0	

1. 事業費請求額を求める
 ⑩事業費請求額＝
 《⑦給付単位数×⑨単位数単価》×給付率
 2,750 単位×10.35 円＝28,462.5
 ≒28,462 円
 28,462 円×90%＝25,615.8
 ≒25,615 円

2. 利用者負担額を求める
 ⑪利用者負担額＝
 《⑦給付単位数×⑨単位数単価》－⑩事業費請求額
 2,750 単位×10.35 円＝28,462.5
 ≒28,462 円
 28,462 円－25,615 円＝2,847 円

※ 《》は、囲まれた部分の計算結果の小数点以下を切り捨てることを示す

給付率 (/100)	
事業	9 0
公費	
合計	
	2 5 6 1 5
	2 8 4 7
	0
	0

枚中	枚目
----	----

様式第二 (附則第二条関係)

記載例10 (案)

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

住所地特例対象者が、住所地で地域密着型サービスを受けた場合の請求

(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・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	2	7	年	0	4	月	分
公費受給者番号		保険者番号	9	0	2	0	2	0	

被保険者番号	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	
(フリガナ)	カゴ ジョウ										
氏名	介護 次郎										
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	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成	2	8	年	0	3	月	3	1	日	まで

事業所番号	9	0	9	0	0	0	0	0	2	0
事業所名称	〇〇事業所									
〒	9	9	9	-	9	9	9	9		
請求者	介護次郎さんは、保険者 (902020) と異なる市町村 (903030) に所在する施設に入所したため、住所地特例対象者となった									
連絡先	電話番号 099-555-555									

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	0	7	0	0	0	0	2	2	0
事業所名称	〇〇居宅介護支援事業所									

開始年月日	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	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									
------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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
<p>・ 住所地の地域密着型サービス (71-1112) を受けた場合</p> <p>・ 住所地の保険者が認めている市町村独自加算 (71-7202) を受けた場合</p>							
<p>保険者市町村の証記載保険者番号ではなく、住所地特例対象者が入所 (入居) する施設の所在する市町村の証記載保険者番号を設定する</p>							

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
夜間訪問介護Ⅰ基本・日割	7 1 1 1 1 2	3 3	1 0	3 3 0			903030	
基夜間訪問Ⅰ市町村独自加算Ⅰ日割	7 1 7 2 0 2	2	1 0	2 0			903030	
夜間訪問介護施設改善加算Ⅰ	7 1 6 1 0 3			1 4			903030	

①サービス種類コード / ②名称	7 1	夜間対応型訪問介護
③サービス実日数	1 0	日
④計画単位数		3 5 0
⑤限度額管理対象単位数		3 5 0
⑥限度額管理対象外単位数		1 4
⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥		3 6 4
⑧公費分単位数		0
⑨単位数単価	1 0 0 0	円/単位
⑩保険請求額		3 2 7 6
⑪利用者負担額		3 6 4
⑫公費請求額		0
⑬公費分本人負担		0

給付費明細欄 (住所地特例対象者) には、地域密着型サービスのみ記載する記載できるサービスは以下のとおりとする

<様式第二>

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)

76 (定期巡回・随時対応型訪問介護看護)

77 (複合型サービス (看護小規模多機能型居宅介護))

<様式第二の二>

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)

※上述のサービス以外については、通常の給付費明細欄に記載する

給付率 (/100)	
費	9 0
合計	3 2 7 6
	3 6 4
	0
	0

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率	%	受給者負担

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

記載例 1 1 (案)

二割負担対象者が介護サービスを受けた場合の請求明細書

(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・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	2	7	年	0	8	月分
公費受給者番号		保険者番号	9	0	2	0	2	0

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	事業所番号	9	0	7	0	0	0	0	2	0
	(フリガナ)	カゴ サブロウ										事業所名称	〇〇事業所								
	氏名	介護 三郎											〒	9	9	9	-	9	9	9	9
	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	〇〇県〇〇市△△町5-5-5												
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5										連絡先	電話番号 099-555-5555								
認定有効期間	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から										
	平成	2	8	年	0	3	月	3	1	日	まで										

介護三郎さんは、8月1日に二割負担対象者と判定された

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	0	7	0	0	0	0	2	2	0	事業所名称	〇〇居宅介護支援事業所						

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
		身体介護 1	1 1 1 1 1 1	2 5 5	1 2	3 0 6 0		
	身体介護 1・夜	1 1 1 1 1 2	3 1 9	4	1 2 7 6			

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	1 1	訪問介護							
	③サービス実日数	1 6	日		日		日			
	④計画単位数	4 3 3 6								
	⑤限度額管理対象単位数	4 3 3 6								
	⑥限度額管理対象外単位数		0							給付率 (/100)
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥	4 3 3 6							保険	8 0
	⑧公費分単位数		0						公費	
	⑨単位数単価	1 0 2 1	円/単位			円/単位		円/単位	合計	
	⑩保険請求額	3 5 4 1 6							3 5 4 1 6	
	⑪利用者負担額	8 8 5 4							8 8 5 4	
	⑫公費請求額		0						0	
	⑬公費分本人負担		0						0	

二割負担対象者の場合、給付率は「80」とする

給付率 80%で計算した値を記載する

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率	2 5 0	%	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

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)

記載例 1 2 (案)

二割負担対象者が出来高サービスを受けた場合の請求

公費負担者番号										平成		2	7	年	0	8	月			
公費受給者番号										保険者番号		9	0	2	0	2	0			
被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 2 2 2 2								事業所番号	9 0 7 0 0 0 0 0 3 0									
	(フリガナ)	カゴ ジロウ										△△事業所								
	氏名	介護 二郎										〒 9 9 9 - 9 9 9 9								
	生年月日	1.明治		2.大正		3.昭和		性別	1.男		2.女		所在地 〇〇県〇〇市△△町 1-1-1							
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5										連絡先 電話番号 099-333-3333								
認定有効期間	平成 2 7 年 0 4 月 0 1 日 から		平成 2 8 年 0 3 月 3 1 日 まで																	
入所年月日	平成 2 7 年 0 8 月 2 2 日		退所年月日	平成 年 月 日		入所実日数	1 0		外泊日数	0										
主傷病				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								
	保健施設 I 1		5 2 1 1 1 1		9 8 0	1 0	9 8 0 0													
	合計						9 8 0 0													
所定疾患施設療養費等	所定疾患施設療養費	傷病名	① ② ③		所定疾患施設療養開始年月日		①平成 ②平成 ③平成		年	年	月	月	日	日						
		単位 (再掲)	単位	単位	単位	単位	日													
	緊急時治療管理	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						
		単位 (再掲)	単位	単位	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		医療機関名		通院日数		医療機関名														
特別療養費	傷病名	〇〇病																		
	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												
	0 5	初期入所診療管理	2 5 0	1	2 5 0															
	合計				2 5 0															
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点数・単位数合計	9 8 0 0				2 5 0														
	②点数・単位数単価	1 0	1 4	円/単位		10 円/点・単位		10 円/点・単位												
	③給付率	8 0 /100		8 0 /100		/100														
	④請求額 (円)	7 9 4 9 7		2 0 0 0																
⑤利用者負担額 (円)	1 9 8 7 5		5 0 0																	
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	費用額(円)	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												

介護二郎さんは、8月1日に二割負担対象者と判定された

二割負担対象者の場合、給付率は「80」とする

二割負担対象者が出来高サービスを受けた場合、二割負担対象者用の給付率 (80%) で請求する

二割負担対象者が給付制限となった
場合の請求

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・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))

公費負担者番号		平成	2	7	年	0	9	月分
公費受給者番号		保険者番号	9	0	2	0	2	0

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	事業所番号	9	0	7	0	0	0	0	0	2	0
	(フリガナ)	カゴ サブロウ										〇〇事業所										
	氏名	介護 三郎										〒999-9999 〇〇県〇〇市△△町5-5-5										
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1	介護三郎さんは、8月1日に二割負担対象者と判定されたが、保険料を滞納していたため、給付制限となった															
	要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5										連絡先 電話番号 099-555-555										
認定有効期間	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から	平成	2	8	年	0	3	月	3	1	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																			
	事業所番号	9	0	7	0	0	0	0	2	2	0	事業所名称	〇〇居宅介護支援事業所								

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
		身体介護1	1 1 1 1 1 1	2 5 5	1 2	3 0 6 0		
	身体介護1・夜	1 1 1 1 1 2	3 1 9	4	1 2 7 6			

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	1 1	訪問介護							
	③サービス実日数	1 6	日		日		日		日	
	④計画単位数		4 3 3 6							
	⑤限度額管理対象単位数		4 3 3 6							
	⑥限度額管理対象外単位数			0						
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥		4 3 3 6							
	⑧公費分単位数			0						
	⑨単位数単価	1 0 2 1	円/単位		円/単位		円/単位		円/単位	合計
	⑩保険請求額		3 0 9 8 9						3 0 9 8 9	
	⑪利用者負担額		1 3 2 8 1						1 3 2 8 1	
	⑫公費請求額			0					0	
	⑬公費分本人負担			0					0	

二割負担対象者であり、給付制限となった場合、給付率は「70」とする

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

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

二割負担対象者が減免の対象者となった場合の請求

(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・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	2	7	年	1	0	月分
公費受給者番号		保険者番号	9	0	2	0	2	0

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	事業所番号	9	0	7	0	0	0	0	2	0
	(フリガナ)	カゴ サブロ																			
	氏名	介護 三郎																			
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男	〇〇事業所														
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5																			
認定有効期間	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から	〇〇県〇〇市△△町5-5-5	連絡先	電話番号	099-555-555						
	平成	2	8	年	0	3	月	3	1	日	まで										

介護三郎さんは、8月に二割負担対象者と判定されたが、罹災し減免対象(100%給付)となった

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	0	7	0	0	0	0	2	2	0	事業所名称	〇〇居宅介護支援事業所									
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								
	身体介護1	1	1	1	1	1	1	2	5	5	1	2	3	0	6	0
身体介護1・夜	1	1	1	1	1	2	3	1	9	4		1	2	7	6	

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

二割負担対象者であり、減免対象者となった場合、給付率は「100」とする
※減免給付率は81~100%の間で保険者が設定する

請求額集計欄	①サービス種類コード / ②名称	1	1	訪問介護															
	③サービス実日数	1	6	日															
	④計画単位数			4	3	3	6												
	⑤限度額管理対象単位数			4	3	3	6												
	⑥限度額管理対象外単位数						0				給付率 (/100)								
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥			4	3	3	6				保険	1	0	0					
	⑧公費分単位数						0				公費								
	⑨単位数単価	1	0	2	1	円/単位					円/単位				合計				
	⑩保険請求額			4	4	2	7	0							4	4	2	7	0
	⑪利用者負担額						0												0
	⑫公費請求額						0												0
	⑬公費分本人負担						0												0

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

様式第二の三（附則第〇条関係）

記載例15（案）
二割負担対象者がみなしサービスを受けた場合の請求

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		平成	2	7	年	0	8	月分														
公費受給者番号		保険者番号	9	0	1	0	1	0														
被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	事業所	9	0	7	0	1	0	0	0	1	0
	(フリガナ)	カゴ ナツコ										〇〇事業所										
	氏名	介護 夏子										〒 9 9 9 - 9 9 9 9										
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男	2.女	〇〇県〇〇市△△町 1-1-1														
	要支援状態区分等	事業対象者 要支援1・要支援2										所在地										
認定有効期間	平成 2 7 年 0 4 月 0 1 日 から	平成 2 8 年 0 3 月 3 1 日 まで	連絡先										電話番号 099-222-2222									

介護夏子さんは、8月1日に二割負担対象者と判定された

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	9	0	0	0	0	1	0	0	0	1	事業所名称	●●地域包括支援センター
------------	---------------------------	-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------	--------------

開始年月日	平成	年	月	日	中止年月日	平成	年	月	日
-------	----	---	---	---	-------	----	---	---	---

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
介護予防訪問介護 I	A 1 1 1 1 1 1		1	1 2 2 6			
予防訪問介護初回加算	A 1 4 0 0 1		1	2 0 0			

以下の総合事業サービスについては、二割負担が適用される
 ・A1：訪問型サービス（みなし）
 ・A2：訪問型サービス（独自）
 ・A5：通所型サービス（みなし）
 ・A6：通所型サービス（独自）

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

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公費分単位数	⑨単位数単価	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
A 1 訪問型サービス (みなし)	1 0 日	1 4 2 6	1 4 2 6	0	1 4 2 6	0	1 0 2 1 円/単位	1 1 6 4 7	2 9 1 2	0	0
請求額集計欄											
給付率 (/100)											
										事業	8 0
										公費	
										合計	
										1 1 6 4 7	
										2 9 1 2	
										0	
										0	

二割負担対象者の場合、給付率は「80」とする

みなしサービス及び保険者独自サービスについては、二割負担対象者の場合、介護同様に利用者負担が2割となるよう請求する

様式第二の三（附則第〇条関係）

記載例16（案）

二割負担対象者が保険者独自（定率）サービス、保険者独自（定額）サービスを受けた場合の請求

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		平成	2	7	年	0	8	月分
公費受給者番号		保険者番号	9	0	1	0	1	0

被保険者番号	0 0 0 0 0 0 1 0 1 0	事業所番号	9 0 A 0 1 0 0 0 1 0
(フリガナ)	カゴ ナツコ	事業所	〇〇事業所
氏名	介護 夏子	〒	9 9 9 - 9 9 9 9
生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 0 5 年 0 7 月 0 7 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	所在地	〇〇県〇〇市△△町1-1-1
認定有効期間	平成 2 7 年 0 4 月 0 1 日 から 平成 2 8 年 0 3 月 3 1 日 まで	連絡	

介護夏子さんは、8月1日に二割負担対象者と判定された

（参考）明細情報ごとの事業費請求額を求める
明細情報ごとの事業費請求額＝
《《サービス単位数×⑨単位数単価》×給付率》
1行目 □□サービス1（高所得）（A3□□□□）
1,000単位×10.21円＝10,210円
10,210円×85%＝8,678.5
≒8,678円
※《》は、囲まれた部分の計算結果の小数点以下を切り捨てることを示す

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	9 0 0 0 0 1 0 0 0 1
事業所名称	
開始年月日	平成 年 月 日
中止年月	

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
□□サービス1（高所得）	A 3 □ □ □ □	2 0 0	5	1 0 0 0
◇◇サービス1（高所得）	A 4 ◇ ◇ ◇ ◇	4 0 0	5	2 0 0 0

保険者が所得段階ごとにサービスコードを設定したい場合、二割負担対象者は所得段階に応じたサービスコードを使用する
（通常受給者用）
□□サービス1 単位数：200単位 給付率：95%
◇◇サービス1 単位数：400単位 利用者負担額：207円
（高所得者用）
□□サービス1（高所得） 単位数：200単位 給付率：85%
◇◇サービス1（高所得） 単位数：400単位 利用者負担額：414円

（参考）明細情報ごとの利用者負担額を求める
明細情報ごとの利用者負担額＝
1回あたりの利用者負担額×回数
2行目 ◇◇サービス1（高所得）（A4◇◇◇◇）
414円×5回＝2,070円

請求額集計欄	①サービス種類コード／②名称	A 3	訪問型サービス（独自／定率）	A 4	訪問型サービス（独自／定額）	事業	公費	合計
③サービス実日数		5	日	5	日			
④計画単位数		1	0 0 0 0	2	0 0 0 0			
⑤限度額管理対象単位数		1	0 0 0 0	2	0 0 0 0			
⑥限度額管理対象外単位数			0		0			
⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥		1	0 0 0 0	2	0 0 0 0			
⑧公費分単位数			0		0			
⑨単位数単価		1 0 2 1	円／単位	1 0 2 1	円／単位			
⑩事業費請求額		8 6 7 8		1 8 3 5 0				2 7 0 2 8
⑪利用者負担額		1 5 3 2		2 0 7 0				3 6 0 2
⑫公費請求額		0		0				0
⑬公費分本人負担		0		0				0

二割負担対象者の場合も、保険者独自（定率）サービス、保険者独自（定額）サービスについては、給付率は記載しない

保険者独自（定率）サービス、保険者独自（定額）サービスについては、所得段階に応じたサービスコードを使用して請求する