

様式第一 (附則第二条関係)

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 結核 34条							
11 結核 35条							
21 精神 32条							
15 身障・更生							
19 原爆・一般							
51 特定疾患等 治療研究							
57 障害者・支援措置							
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							
合 計							

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第二 (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  
 (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)

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
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														

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		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
	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
	11	訪問介護						
	15	通所介護						
	71	夜間対応型訪問介護						
	72	認知症対応型通所介護						

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第二の二（附則第二条関係）

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)									
	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	〒						ー		
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	

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
	61	介護予防訪問介護						
	65	介護予防通所介護						
	74	介護予防認知症対応型通所介護						

枚中 枚目

備考 この用紙は、A列4番とすること。



様式第三の二（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							
	(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	入所年月日	平成		年		月		日
	事業所番号		退所年月日	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	
	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)		

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	
	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
	24	介護予防短期入所生活介護					

枚中	枚目
----	----

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第四（附則第二条関係）

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	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									

  

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	入所年月日	平成		年		月		日
	事業所番号	事業所名称	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											
	緊急時治療管理(再掲)	単位	単位×	日	緊急時治療開始年月日	①平成		年		月		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
------	-------	------	-------

  

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
	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 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。









様式第六 (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																					

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。