

様式第一（附則第二条関係）（案）

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	電話番号										

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。

様式第二の一（附則第二条関係）（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・
 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 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					

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		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
	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					

枚中 枚目

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）（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	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										
	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。

