

## &lt; 注意 &gt;

- ・記載例における各サービスコードのサービス項目コード、単位数及び単位数単価はあくまで例であり実際のサービス項目コード、単位数及び単位数単価と異なる場合があることに留意すること。
- ・様式第二及び二の三については平成 29 年 5 月時点のレイアウトを使用しており、様式第九については平成 30 年 4 月にて想定されるレイアウトを使用しているが、今後レイアウトの変更の可能性があることを留意すること。

	項目	例	種別 ( )	説明
1	三割負担	例 1	請	三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
2		例 2	請	三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
3		例 3	請	給付制限となった三割負担対象者の請求明細書
4		例 4	請	給付減免の対象となった三割負担対象者の請求明細書
5		例 5	請	三割負担対象者がみなしサービス、保険者独自サービスを受けた場合の請求明細書
6		例 6	請	三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
7		例 7	請	給付制限となった三割負担対象者が、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とおりとする  
 請・・・請求明細書

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（短期利用以外）・小規模多機能複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用）・地域密着型通所介護）

記載例 1  
三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

公費負担者番号		平成	3	0	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	0	2	0
	(フリガナ)	介護 三郎										事業所	事業所									
	氏名	介護 三郎										所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9 9 9 県 市 町 5-5-5									
	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													
	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 3 0 年 0 4 月 0 1 日 から	平成 3 1 年 0 3 月 3 1 日 まで																				

介護三郎さんは、8月1日に三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	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		

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

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

三割負担対象者の場合、給付率は「70」とする

給付率 70% 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	%	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 2  
三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

公費負担者番号		平成	3	0	年	0	0	月	0	0	日
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	2	2	2	2	事業所番号	9	0	7	0	0	0	0	0	3	0
(ワカガ) 氏名	介護 二郎										事業所										
生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 07年02月02日										〒999-9999 県市町1-1-1										
要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5										所在地										
認定有効期間	平成30年04月01日から 平成31年03月31日まで										連絡先 電話番号 099-333-3333										

介護二郎さんは、8月1日に三割負担対象者と判定された

入所年月日	平成30年08月22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 9.介護医療院									
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 9.介護医療院入所																				

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 1	5 2 1 1 1 1	6 9 5	1 0	6 9 5 0			
合計							

所定疾患施設療養費	傷病名					所定疾患施設療養開始年月日	平成			年			月			日	
	単位(再掲)	単位	単位	単位	単位	日	平成			年			月			日	
緊急時治療管理	傷病名					緊急時治療開始年月日	平成			年			月			日	
	単位(再掲)	単位	単位	単位	単位	日	平成			年			月			日	
特定治療	リハビリテーション					摘要	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	
------	--	-------	--	------	--	-------	--

特別療養費	傷病名	病						摘要
	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								

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			
	点数・単位数合計	6 9 5 0				三割負担対象者の場合、給付率は「70」とする				2 5 0							
	点数・単位数単価	1 0 1 4 円/単位				10円/点・単位				10円/点・単位							
	給付率	7 0 / 100				7 0 / 100				7 0 / 100							
	請求額(円)	4 9 3 3 1				1 7 5 0				7 5 0							
利用者負担額(円)	2 1 1 4 2																

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	分	利用者負担額
	合計					
					保険分請求額(円)	公費分請求額

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（短期利用以外）・小規模多機能型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用）・地域密着型通所介護）

記載例3  
給付制限となった三割負担対象者の請求明細書

公費負担者番号		平成	3	0	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
	(フリガナ)	介護 三郎									
	氏名	介護 三郎									
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別						
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5									
認定有効期間	平成	3	0	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成	3	1	年	0	3	月	3	1	日	まで
事業所番号	9 0 7 0 0 0 0 0 2 0										
事業所	〒 9 9 9 - 9 9 9 9 県 市 町 5-5-5										
連絡先	電話番号 099 - 555 - 5555										

介護三郎さんは、8月1日に三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

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	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														

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

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

三割負担対象者であり、給付制限となった場合、給付率は「60」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



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

三割負担対象者がみなしサービス、保険者独自サービスを受けた場合の請求明細書

公費負担者番号		平成	3	0	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	7	0	1	0	0	0	1	0	
(フリガナ)	カゴ マコ										
氏名	介護 夏子										
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										
認定有効期間	平成	3	0	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成	3	1	年	0	3	月	3	1	日	まで
事業所所在地	〒999-9999 県市町1-1-1										
連絡先	電話番号 099-222-2222										

介護夏子さんは、8月1日に三割負担対象者と判定された

事業所

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	A 2 1 1 1 1		1	1 1 6 8			(参考) みなしサービス (A1: 訪問型サービス(みなし)、A5: 通所型サービス(みなし))のみなし指定の有効期限は原則平成30年3月までであるが、市町村は最長で平成33年3月まで有効期間を延長できる
予防訪問介護初回加算	A 2 4 0 0 1		1	2 0 0			

以下の総合事業サービスについては、三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

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

三割負担対象者の場合、給付率は「70」とする

給付率(/100)		
事業		70
公費		
合計		
	9	7
	4	1
	7	7
	6	
	9	1
	0	
	0	

みなしサービス及び保険者独自サービスについては、三割負担対象者の場合、介護同様に利用者負担が3割となるよう請求する

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 6

三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

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	1	0
-------	---	---	---	---	---	---

被保険者	被保険者番号	0	0	0
	(フリガナ)	カコ	マコ	
	氏名	介護 夏子		
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和	性別	1.男
	要支援状態区分等	事業対象者・要支援1・要支援2		

介護夏子さんは、8月1日に三割負担対象者と判定された

事業所番号	9	0	7	0	1	0	0	0	1	0
事業所名称	事業所									

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					
事業所番号	9	0	0	0	0	1	0

開始年月日	平成		年		月	
-------	----	--	---	--	---	--

（参考）集計欄の「事業費請求額」、「利用者負担額」の計算方法  
 保険者独自（定率）サービス（A3、A7）の場合  
 （ ）明細情報ごとの事業費請求額 = 《サービス単位数 × 単位数単価》 × 給付率  
 （ ）集計欄の事業費請求額 = サービス種類ごとの（ ）の集計値  
 （ ）集計欄の利用者負担額 = 《給付単位数 × 単位数単価》 - （ ）  
 保険者独自（定額）サービス（A4、A8）の場合  
 （ ）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  
 （ ）集計欄の利用者負担額 = サービス種類ごとの（ ）の集計値  
 （ ）集計欄の事業費請求額 = 《給付単位数 × 単位数単価》 - （ ）  
 《 》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	公費分回数	公費対象単位数	摘要
サービス1（高所得三）	A	3	1 1 1 3	2 0 0	5	1 0 0 0			
サービス1（高所得三）	A	4	1 1 1 3	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、三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）  
 A3-1111（ サービス1 ） 単位数：200単位 給付率：90%  
 A4-1111（ サービス1 ） 単位数：400単位 利用者負担額：408円  
 （高所得者用<二割>）  
 A3-1112（ サービス1（高所得） ） 単位数：200単位 給付率：80%  
 A4-1112（ サービス1（高所得） ） 単位数：400単位 利用者負担額：816円  
 （高所得者用<三割>）  
 A3-1113（ サービス1（高所得三） ） 単位数：200単位 給付率：70%  
 A4-1113（ サービス1（高所得三） ） 単位数：400単位 利用者負担額：1224円

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

三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

