

例	項目	説明
1	介護予防・ 日常生活支援 総合事業	みなしサービスを受けた場合の請求明細書 (記載例 2 に対応する請求明細書)
2		要支援者が予防サービスと総合事業サービスを受けた場合の 給付管理票 (記載例 1 に対応する給付管理票)
3		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)
4		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)
5		保険者独自 (定額) サービスを受けた場合の請求明細書 (記載例 6 に対応する請求明細書)
6		事業対象者が総合事業サービスを受けた場合の給付管理票 (記載例 5 に対応する給付管理票)
7		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)
8		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)
9	住所地特例	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
10		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
11	二割負担	二割負担対応の施行前に介護サービスを受けた場合の請求明細書
12		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
13		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
14		二割負担対象者が給付制限となった場合の請求明細書
15		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
16		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
17		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

パターンを
追加

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1（案）
 みなしサービスの請求
 （記載例2に対応する請求明細書）

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	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

※ 《》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	
	1 3 2 8 3
	1 4 7 6
	0
	0

様式第十一 (附則第二条関係)

給付管理票 (平成 27 年 4 月分)

記載例 2 (案)

要支援者が予防サービスと総合事業サービスを
受けた場合の給付管理票
(記載例 1 に対応する給付管理票)

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 0 1 0 1 0					フリガナ カゴ、 付助 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 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				
〇〇事業所	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	0	5
											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						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 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 </div>																	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 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 </div>																	
合計														3	9	3	1

様式第二の三（附則第〇条関係）

記載例3（案）

保険者独自（定率）サービスの請求
（給付率がすべて一致している場合）

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		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	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	〒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
-------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------	----	--	---	--	---	--	---

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		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95%）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	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

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

※ 《》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・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	0	1

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 1 1 1 1
	(7カガ) 氏名	カゴ タロ 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 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 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

様式第二の三（附則第〇条関係）

記載例5（案）

保険者独自（定額）サービスの請求
（記載例6に対応する請求明細書）

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	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 0 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	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								
-------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------	----	--	--	--	--	--	--	--	--

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	A4◇◇◇◇	4	5	20
◇◇サービス2	A4◆◆◆◆	1	3	3

・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

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 0
⑤限度額管理対象単位数	5	0 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 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

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

様式第十一（附則第二条関係）

記載例6（案）

事業対象者が総合事業を受けた場合の
給付管理票

（記載例5に対応する給付管理票）

給付管理票（平成27年4月分）

保険者番号												保険者名															
9						0			1			0		□□市													
被保険者番号												被保険者氏名															
0						0			0			2		フリガナ カイ子 ハコ 介護 花子													
生年月日						性別		要支援・要介護状態区分等																			
明・大(昭) 5年6月6日						男(女)		事業対象者 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5																			
住宅サービス・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		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		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																											
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											
○○事業所				9				0				A		0		4											
								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											
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																5 0 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）

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	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								
事業所番号	9	0	0	0	0	2	0	0	2	0
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
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	

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
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

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 × 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 単位数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 円 = 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

様式第二の三（附則第〇条関係）

記載例 8（案）
 保険者独自（定額）サービスの請求
 （計画単位数超過の記載例）

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

事業所番号	9 0 A 0 0 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										

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（住所の特例対象者）	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
 ≒ 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

（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る
 《 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 ()
 (777 円 / 401 単位数) × (2,005 単位数 - 505 単位数)
 = 2,906.483... ≒ 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

様式第二の三（附則第〇条関係）

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		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	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 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									

介護太郎さんは、保険者（902010）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

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	摘要
	<ul style="list-style-type: none"> 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 							

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

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			
	〇〇サービス	A2	〇〇〇〇	5	5	0	5	2	7	5	0	903030

請求額集計欄	①サービス種類コード／②名称	A2	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と
 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と
 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

給付率（/100）	
事業	90
公費	
合計	
	25615
	2847
	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

様式第二 (附則第二条関係)

記載例10 (案)

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

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
 定期巡回・随時対応型訪問介護看護・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)

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 ジロウ										
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					
	0	6	年	0	2	月	0	2	日		
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	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
・法定単位 33 単位のサービス (71-1112) を 30 単位としている住所地の地域密着型サービスを受けた場合 ・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							
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							

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 0	1 0	3 0 0			9 0 3 0 3 0	
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			9 0 3 0 3 0	
夜間訪問介護施設改善加算Ⅰ	7 1 6 1 0 3			1 3			9 0 3 0 3 0	

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 2 0
⑤限度額管理対象単位数		3 2 0
⑥限度額管理対象外単位数		1 3
⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥		3 3 3
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		2 9 9 7
⑪利用者負担額		3 3 3
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)

<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)	
保険	9 0
公費	
／単位	合計
	2 9 9 7
	3 3 3
	0
	0

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率	%	受給者負担

備考

記載例 1 1 (案)
二割負担対応の施行前に介護サービスを受けた場合の請求明細書

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
定期巡回・随時対応型訪問介護看護・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)

公費負担者番号		平成	2	7	年	0	7	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 タロウ										〇〇事業所										
	氏名	介護 太郎										〒 9 9 9 - 9 9 9 9										
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	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																				

介護太郎さんは、基準以上の所得を有しているが、「一定以上所得者の利用者負担の見直し」の施行前

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							
	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							
	⑩保険請求額	3 9 8 4 3								
	⑪利用者負担額	4 4 2 7								
	⑫公費請求額	0								
	⑬公費分本人負担	0								

現行通り給付率は「90」とする

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)	4 4 2 7	軽減額 (円)	1 1 0 6	軽減後利用者負担額 (円)	3 3 2 1	備考
	11 訪問介護								

利用者負担 1 割に対して計算した値を記載する

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・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・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)

記載例12(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

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	0	2	0
	(フリガナ)	カゴ タロウ										事業所名称	〇〇事業所									
	氏名	介護 太郎											〒	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											

介護太郎さんは、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														
	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												
	⑩保険請求額			3	5	4	1	6										
	⑪利用者負担額				8	8	5	4										
	⑫公費請求額						0											
	⑬公費分本人負担						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)	8	8	5	4	軽減額 (円)	2	2	1	3	軽減後利用者負担額 (円)	6	6	4	1	備考
	11 訪問介護	利用者負担2割に対して計算した値を記載する																			

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13 (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	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 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										〒999-9999 〇〇県〇〇市△△町1-1-1															
	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 099-333-3333													
認定有効期間	平成27年04月01日		から		平成28年03月31日																						
入所年月日	平成27年08月22日		退所年月日			入所実日数	10		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I1		521111		980	10	9800																				
	合計						9800																				
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 年		月 月 月		日 日 日														
		単位(再掲)	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 年		月 月 月		日 日 日														
		単位(再掲)	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																			
	05	初期入所診療管理	250	1	250																						
	合計					250																					
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	9800				250																					
	②点数・単位数単価	10	14円/単位			10円/点・単位		10円/点・単位																			
	③給付率	80/100				80/100		/100																			
	④請求額(円)	79497				20000																					
⑤利用者負担額(円)	19875				5000																						
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

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
定期巡回・随時対応型訪問介護看護・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)

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 タロウ										〇〇事業所										
	氏名	介護 太郎										〒 9 9 9 - 9 9 9 9										
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	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 099-555-555										
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																				

介護太郎さんは、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

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										中止年月日	平成										
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																			
	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			円/単位							
	⑩保険請求額		3 0 9 8 9																			
	⑪利用者負担額		1 3 2 8 1																			
	⑫公費請求額		0																			
	⑬公費分本人負担		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

二割負担対象者が減免の対象者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
定期巡回・随時対応型訪問介護看護・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)

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 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	事業所所在地	〇〇事業所 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																			
認定有効期間	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から	連絡先	電話番号	099-555-555							
	平成	2	8	年	0	3	月	3	1	日	まで										

介護太郎さんは、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												
	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													
	⑩保険請求額			4	4	2	7	0											
	⑪利用者負担額						0												
	⑫公費請求額						0												
	⑬公費分本人負担						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16（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 ハコ										〇〇事業所										
	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	所在地	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																				
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																		

介護花子さんは、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	A111111		1	1226			
予防訪問介護初回加算	A14001		1	200			

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	
A1 訪問型サービス (みなし)	10日	1426	1426	0	1426	0	1021円/単位	11647円	2912円	0	0	
<p>二割負担対象者の場合、給付率は「80」とする</p> <p>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</p>												
										事業	80	
										公費		
										合計		
										11647	2912	0
										0	0	

様式第二の三 (附則第〇条関係)

記載例17 (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 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			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 2 7 年 0 4 月 0 1 日 から			平成 2 8 年 0 3 月 3 1 日 まで			事業所所在地														
													〇〇事業所								
													〒 9 9 9 - 9 9 9 9								
													〇〇県〇〇市△△町 1-1-1								

介護花子さんは、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	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 (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

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)	日	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								
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								
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
⑬公費分本人負担								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