

平成	2	4	年	0	4	月分
保険者番号	9	9	0	0	0	1

被保険者番号	9 9 0 0 0 0 0 0 0 0					
(フリガナ)	カイゴ 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
	8年	8月	8日			
要支援状態区分等	二次予防事業対象者・要支援1・要支援2					
有効期間	平成 2 4 年 0 4 月 0 1 日 から	平成 2 4 年 1 0 月 3 1 日 まで				

事業所番号	9 9 0 0 0 5 0 0 1 0					
事業所名称	〇〇事業所					
請	〒					
連絡先	電話番号					

開始・入所(居)年月日	平成 2 4 年 0 4 月 0 1 日	中止・退所(居)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 日数	サービス単位数	摘要
〇〇サービス	8 2 〇 〇 〇 〇	1 6 3 4	1	1 6 3 4	
□□サービス1	8 3 □ □ □ □	1 0 0	2 0	2 0 0 0	
□□サービス2	8 3 ■ ■ ■ ■	5 0	2	1 0 0	
△△サービス	8 4 △ △ △ △	3 0 0 0	1	3 0 0 0	
◇◇サービス	8 5 ◇ ◇ ◇ ◇	5 0 0	1	5 0 0	

・ サービス内容及びサービスコードは現在検討中のため、「〇」「□」「■」「△」「◇」にて表記している。

・ 本記載例における、保険者が定める単位数、利用者負担は以下のとおり

1 行目 〇〇サービス 82〇〇〇〇 : 1月につき 1634 単位、保険者負担率 90%

2 行目 □□サービス1 83□□□□ : 1回につき 100 単位  
利用者負担額 1回 200 円 × 20 回 = 4000 円

3 行目 □□サービス2 83■■■■ : 1回につき 50 単位  
利用者負担額 1回 100 円 × 2 回 = 200 円

4 行目 △△サービス 84△△△△ : 1月につき 3000 単位、利用者負担なし

5 行目 ◇◇サービス 85◇◇◇◇ : 1月につき 500 単位、利用者負担額 1月 1000 円

④は必須項目であるので、留意すること。  
(ケアマネジメントを踏まえた単位数など)

①サービス種類コード / ②名称	8 2 〇〇サービス	8 3 □□サービス	8 4 △△サービス	8 5 ◇◇サービス	
③サービス実日数	1 5 日	2 2 日	3 0 日	3 0 日	
④計画単位数	1 6 3 4	2 1 0 0	3 0 0 0	5 0 0	
⑤限度額管理対象単位数	1 6 3 4	2 1 0 0	3 0 0 0	5 0 0	
⑥限度額管理対象外単位数	0	0	0	0	
⑦支払単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥	1 6 3 4	2 1 0 0	3 0 0 0	5 0 0	
⑧単位数単価	10 円/単位				合計
⑨事業費請求額	1 4 7 0 6	1 6 8 0 0	3 0 0 0 0	4 0 0 0	6 5 5 0 6
⑩利用者負担額	1 6 3 4	4 2 0 0	0	1 0 0 0	6 8 3 4

⑨に9割  
⑩に残額を記載する

⑩に4200円  
⑨に残額を記載する

⑩に0円  
⑨に残額を記載する

⑩に1000円  
⑨に残額を記載する