

平成	2	4	年	0	4	月分
----	---	---	---	---	---	----

保険者番号	9	9	0	0	0	1
-------	---	---	---	---	---	---

被保険者	被保険者番号	9 9 0 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				
	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									

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	

事業費明細欄	・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																			

請求額集計欄	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 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 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 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