

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

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	
	〇〇サービス1	A3	2	0	0	5	1	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

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

①サービス種類コード / ②名称	A3	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		
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					
		0	5	年		0	6	月	0	6	日
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	〒 9 9 9 - 9 9 9 9 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	0	0	5	2	0	0	0
◇◇サービス2	A4◆◆◆◆	1	0	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
・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

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（住所地域特例対象者）	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	
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と
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と
《(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

1. 事業費請求額を求めると
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
3,505 単位 × 10.35 円 = 36,276.75 円
≒ 36,276 円
36,276 円 - 32,133 円 = 4,143 円

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）	回数	サービス単位数
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) × (2,005 単位 - 505 単位)
 = 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	
公費受給者番号	

平成	2	7	年	0	4	月分
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	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 							

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	A 2 〇 〇 〇 〇	5 5 0	5	2 7 5 0			9 0 3 0 3 0	

①サービス種類コード / ②名称	A 2	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
 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
 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	9 0
公費	
合計	
	2 5 6 1 5
	2 8 4 7
	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			
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
<p>・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</p> <p>・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</p>							
<p>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</p>							

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	
合計	
/単位	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