

給付管理に関連する帳票・記入例

(1) 様式

- ・「被保険者証」(平成11年11月4日厚生省令第92号)……………(P-1)
- ・「居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書」(案)(注1)……………(P-3)
- ・「サービス利用票」(案)(注2)……………(P-4)
- ・「サービス利用票別表」(案)(注2)……………(P-5)
- ・「サービス提供票」(案)(注3)……………(P-6)
- ・「サービス提供票別表」(案)(注3)……………(P-7)
- ・「給付管理票(訪問通所サービス給付管理票)」(案)(注4)……………(P-8)
- ・「給付管理票(短期入所サービス給付管理票)」(案)(注4)……………(P-9)
- ・「居宅介護(支援)サービス計画費報酬明細フォーマット」(案)(注4)……………(P-10)

(2) 記入例

- ・〔記入例1〕「サービス利用票」……………(P-11)
- ・〔記入例2-1〕「サービス利用票別票」……………(P-12)
- ・〔記入例2-2〕「サービス利用票別票」
 ※種類支給限度基準を定めている場合……………(P-13)
- ・種類支給限度確認手順……………(P-14)
- ・区分支給限度確認手順……………(P-15)
- ・〔記入例2-3〕「サービス利用票別票」
 ※特別地域加算のある場合……………(P-16)
- ・〔記入例3〕「サービス提供票」……………(P-18)
- ・〔記入例4〕「サービス提供票別表」……………(P-19)
- ・〔記入例5-1〕「給付管理票(訪問通所サービス給付管理票)」……………(P-20)
- ・〔記入例5-2〕「給付管理票(短期入所サービス給付管理票)」……………(P-21)

- ・記入例解説(P-22)

(注1) 別途、通知等事務文書により正式に様式を示す予定。

(注2) 「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」(平成11年11月12日厚生省老人保健福祉局企画課長通知)により様式が提示されたが、若干の様式の変更が予定されているため、敢えて(案)としたもの。(正式な様式については、別途通知等事務文書により示す予定。)

(注3) 別途、通知等事務文書により様式を示す予定。

(注4) 別途、省令により様式を示す予定。

（表面）

(一)				(二)				(三)			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">介護保険被保険者証</div>				要介護状態区分等 認定年月日 平成 年 月 日 認定の有効期間 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日				給付制限 内容 期間 開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日 開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日 開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日			
有効期限		平成 年 月 日		訪問通所(通院) サービス 区分支給限度基準額 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 1月当たり				居宅介護支援事業者及びその事業所の名称 届出年月日 平成 年 月 日 届出年月日 平成 年 月 日 届出年月日 平成 年 月 日			
被 保 険 者	番 号			(うち種類支給限度基準額) サービスの種類 種類支給限度基準額				介護保険施設等 種類 名称 種類 名称			
	住 所										
	フリガナ										
氏 名			短期入所 サービス 区分支給限度基準額 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日				入所入院 退所退院 入所年月日 平成 年 月 日 退所年月日 平成 年 月 日 入所年月日 平成 年 月 日 退所年月日 平成 年 月 日				
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性 別	男・女	認定審査会の意見及びサービスの種類の指定							
交付年月日	平成 年 月 日										
保険者番号並びに保険者の名称及び印 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px auto;"></div>											

(四)

- 注意事項
- 一 介護サービスを受けようとするときは、あらかじめ市町村の窓口で要介護認定又は要支援認定を受けてください。
 - 二 介護サービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口に提出してください。
 - 三 老人保健の健康手帳の交付を受けている場合であつて、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所リハビリテーション若しくは短期入所療養介護の指定居宅サービス又は介護保健施設サービス若しくは介護療養施設サービスを受けようとするときは、この証に健康手帳を添えて、事業者又は施設の窓口提出してください。
 - 四 認定の有効期限を経過したときは、保険給付を受けられませんが、認定の有効期限を経過する六十日前から三十日前までの間に市町村にこの証を提出し、認定の更新を受けてください。

(五)

- 五 居宅サービスについては、居宅介護支援事業者に介護サービス計画の作成を依頼した旨をあらかじめ市町村に届け出た場合又は自ら介護サービス計画を作成し、市町村に届けた場合は、市町村からの事後払い（償還払い）になります。これらの手続をしない場合は、市町村からの事後払い（償還払い）になります。
- 六 居宅サービスには保険給付の限度額が設定されます。
- 七 介護サービスを受けるときに支払う金額は、介護サービスに要した費用（入所又は入院中の食事に要する費用を除く。）の二割です（居宅介護支援サービスの利用支払額はありませぬ）。また、入所又は入院中の食事に要する費用については、一日につき定額の標準負担額となります。
- 八 認定審査会の意見及びサービスの種類の指定欄に記載がある場合は、記載事項に留意してください。利用できるサービスの種類の指定がある場合は、当該サービス以外は保険給付を受けられません。

(六)

- 九 被保険者の資格がなくなつたときは、直ちに、この証を市町村に返してください。
- 十 この証の表面の記載事項に変更があつたときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。
- 十一 この証の有効期限を経過したときは、使用することはできませんので、速やかに、市町村に提出して、検認又は更新を受けてください。
- 十二 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
- 十三 特別の事情がないのに保険料を滞納した場合は、給付を市町村からの事後払いとする措置（支払方法変更）、利用時支払額を三割とする措置（給付額減額）等を受けることがあります。

備考 この証の大きさは、縦128ミリメートル、横273ミリメートルとし、点線の箇所から三つ折とすること。

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書		区分										
		新規・変更										
被保険者氏名	被保険者番号											
フリガナ	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											
	生年月日	性別										
	明・大・昭 年 月 日	男・女										
居宅サービス計画作成を依頼（変更）する事業者												
事業者の事業所名	事業所の所在地 〒											
	電話番号 ()											
事業所を変更する場合の事由等	※事業所を変更する場合のみ記入して下さい。											
	変更年月日 (平成 年 月 日付)											
<p>〇〇市（町村）長 様</p> <p>上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画作成を依頼することを届出します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: right;">電話番号 ()</p> <p>被保険者</p> <p style="text-align: center;">氏名 印</p>												
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者事業所番号											
	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											

- (注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画作成を依頼する事業者が決まり次第速やかに〇〇市（町村）へ提出してください。
- 2 居宅サービス計画作成を依頼する事業者を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず〇〇市（町村）に届け出してください。届出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

保険者番号		保険者名		居宅介護支援事業者事業所名 担当者名		作成年月日	平成 年 月 日	利用者確認	
被保険者番号		フリガナ 被保険者氏名		保険者確認印		届出年月日	平成 年 月 日		
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別 男・女	要介護状態区分 変更後 要介護状態区分 変更日	要支援 1 2 3 4 5 要支援 1 2 3 4 5 平成 年 月 日	訪問通所支給 限度基準額 限度額適用 期間	点/月 平成 年 月から 平成 年 月まで	短期入所支給 限度基準額 限度額管理 期間	日/期間 平成 年 月から 平成 年 月まで	前月までの 短期入所 回数

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者 事業所名	日付 曜日	月間サービス計画及び実績の記録																															合計 回数					
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31						
			予定																																					
			実績																																					
			予定																																					
			実績																																					
			予定																																					
			実績																																					
			予定																																					
			実績																																					
			予定																																					
			実績																																					
			予定																																					
			実績																																					
			予定																																					
			実績																																					
			予定																																					
			実績																																					
			予定																																					
			実績																																					