

6 給付

項番	様式名	ルート	統一様式	任意様式
1	居宅サービス計画作成依頼(変更)届出書	被・支事 → 市	○検討中	
2	サービス利用票兼自己作成様式	支事 → 被	○	
3	サービス利用票兼自己作成様式 (記載例)	支事 → 被	○	
4	サービス提供票	支事 → 事	○	
5	サービス提供票 (記載例)	支事 → 事	○	
6	給付管理票(その1) (訪問通所サービス給付管理票)	支事・市 → 連	○	
7	給付管理票(その1) (訪問通所サービス給付管理票) (記載例)	支事・市 → 連	○	
8	給付管理票(その2) (短期入所サービス給付管理票)	支事・市 → 連	○	
9	給付管理票(その2) (短期入所サービス給付管理票) (記載例)	支事・市 → 連	○	
10	介護保険居宅介護(支援)サービス費等支給申請書(償還払い用)	被 → 市		○検討中
11	介護保険特例サービス費等支給申請書(受領委任)	被・事 → 市		○検討中
12	介護保険福祉用具購入費等支給申請書	被 → 市		○検討中
13	介護保険高額介護サービス費等支給申請書	被 → 市		○検討中
14	介護保険標準負担額減額認定申請書	被 → 市		○検討中
15	介護保険特定標準負担額減額認定申請書	被 → 市		○検討中
16	介護保険標準負担額・特定標準負担額差額支給申請書	被 → 市		○検討中
17	介護保険標準負担額減額認定証	市 → 被	○検討中	
18	介護保険特定標準負担額減額認定証	市 → 被	○検討中	
19	介護保険利用者負担額減額・免除申請書	被 → 市		○検討中
20	介護保険利用者負担額減額・免除申請書(旧措置入所者)	被 → 市		○検討中
21	介護保険利用者負担額減額・免除認定証	市 → 被	○検討中	
22	介護保険利用者負担額減額・免除認定証(旧措置入所者)	市 → 被	○検討中	
23	介護保険標準負担額減額・利用者負担額減額・免除決定通知書	市 → 被		○検討中
24	介護保険特定標準負担額減額・利用者負担額減額・免除(旧措置入所者)決定通知書	市 → 被		○検討中
25	介護保険給付費支給(不支給)決定通知書	市 → 被		○検討中
26	介護保険受給資格証明書	市 → 被	○	

サービス利用票(案)

認定済・申請中

(注1)

サービス利用票(平成 年 月分)兼自己作成様式

(注2)

(支援事業者一被保険者)
 (注意) 1. この利用票は被保険者証に添付してください。
 2. サービス利用時には事業者へ提示してください。

保険者番号		保険者名		居宅介護支援 事業者事業所名	電話番号	作成(更新)平成 年月日																																	
被保険者番号		フリガナ 被保険者氏名		介護支援専門員氏名	届出	平成 年月日																																	
生年月日	明・大・昭 年月日	性別	男・女	訪問通所 支給限度額	短期入所 点/月 支給限度額	前月までの 短期入所利用日数 日																																	
提供時間帯	サービス内容 上段: サービス種類名 下段: サービス項目名	サービス事業者 事業所名		計画及び利用の記録(注3)			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	合計 単位 点数	給付 点数			

利用者負担(計画時) 円 合計点数(計画時)

(注1) 要介護認定結果に基づき作成したサービス計画であるときは「認定済」、要介護認定の申請中で暫定的なサービス計画であるときは「申請中」に〇印を付ける。(ただし、更新申請中は「認定中」に〇印を付ける)
 (注2) サービス計画を自己作成した場合に、保険者にて確認する欄である。
 (注3) 計画及び利用の記録: 上段: 支援事業者が計画を記入、下段: サービス事業者がサービス提供の記録を記入する。
 支給限度額を超えるサービスなど保険給付の対象とならない部分については、日別の計画に△印等で明確に区分して記入する。
 (注) 個々のサービスの自己負担額は「給付点数」欄下段の点数に〇〇を乗じて得た額になる。

サービス利用票(案)の記載例

認定済・申請中 (注1) サービス利用票(平成 年 月分)兼自己作成様式

(注意) 1. この利用票は被保険者に添付してください。
2. サービス利用時には事業者へ提示してください。
(支援事業者一被保険者) 作成(更新)平成 12年 4月 1日

保険者番号	被保険者番号	1 4 0 0 X X	X	0	X	7 8 9 0	性別	明・◎・昭	生年月日	3年 3月 17日	要介護状態区分	〇〇市	〇〇市	居宅介護支援事業者事業所名							〇〇ケアセンター△△事業所	電話番号 XXXXX-XXXX	作成(更新)年月日	平成 12年 4月 1日												
														保険者氏名		要介護4		訪問通所		支給限度額					短期入所			前月までの短期入所利用日数								
提供時間帯	上段: サービス種別名	下段: サービス項目名	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			
7:00 -	訪問介護	家事援助1(早朝)				1						1										1														
9:00 -	訪問介護	家事援助2																																		
9:00 -	訪問介護	家事援助2(休日)																																		
10:00 -	訪問介護	身体介護2																																		
10:00 -	訪問介護	身体介護2(休日)																																		
10:00 -	訪問介護	身体介護3																																		
10:00 -	通所リハビリテーション	通所リハ3																																		
14:00 -	訪問看護	訪問看護1																																		
21:00 -	巡回型(夜間・休日)	短期入所療養介護																																		
7:00 -	短期入所ケア3	福祉用具貸与																																		
9:00 -	福祉用具貸与	車いす(標準)																																		
10:00 -	福祉用具貸与	特殊寝台																																		
11:00 -	福祉用具貸与	エアベッド																																		
合計	支給限度額	単位数	給付点数		X X X X X		Y Y Y Y Y		Z Z Z Z Z		A A A A A		B B B B B		C C C C C		D D D D D		E E E E E		F F F F F		G G G G G		H H H H H		I I I I I		J J J J J		K K K K K		L L L L L		合計	1,740

* 支給限度額単位数・単位数・給付点数はあくまでも記載例として提示しているものであって、確定したものではありません。

(注1) 要介護認定結果に基づき作成したサービス計画であるときは「認定済」、要介護認定の申請中で暫定的なサービス計画であるときは「申請中」に○印を付ける。(ただし、更新申請中は「認定中」に○印を付ける)
 (注2) サービス計画を自己作成した場合に、保険者にて確認する欄である。
 (注3) 計画及び利用の記録: 上段: 支援事業者が計画を記入、下段: サービス事業者がサービス提供の記録を記入する。
 支給限度額を超えるサービスなど保険給付の対象とならない部分については、日別の計画に△印等で明確に区分して記入する。
 (注) 個々のサービスの自己負担額は「給付点数」欄下段の点数に○印を乗じて得た額になる。

サービス提供票(案)

サービス提供票(平成 年 月分)

(支援事業者ーサービス事業者)

認定済・申請中			
(注1)		明・天・昭 年 月 日	
要介護状態区分	訪問通所 支給限度額	短期入所 支給限度額	前月までの 短期入所計画日数
		作成(更新) 年月日	平成 年 月 日
(注3) 計画及び実績(注3)			
サービス内容 上段: サービス種類名 下段: サービス項目名	サービスコード 上段: 種類コード 下段: 項目コード	1	給付 点数
		2	給付 点数
		3	給付 点数
合計 回数		合計 点数	
合計 回数		合計 点数	

(注1) 要介護認定結果に基づき作成したサービス計画であるときは「認定済」、要介護認定の申請中で暫定的なサービス計画であるときは「申請中」に○印を付ける。(ただし、更新申請中は「認定済」に○印を付ける)
(注2) 指定居宅/基準該当等サービス種別: 指定居宅サービスの場合は「指定」、基準該当・難易等サービスの場合は「基準等」と明記する。
(注3) 計画及び実績: 上段: 支援事業者が計画を記入、下段: サービス事業者が実績を記入する。
支給限度額を超えるサービスなど保険給付の対象とならない部分については、日別の計画に△印等で明確に区分して記入する。

サービス提供票(案)の記載例

（支援事業者→サービス事業者）		サービス提供票（平成 12年 4月分）										認定済 申請中									
保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	X	市	要介護状態区分	生年月日	要介護4 要介護3		性別	給付			
															要介護4	要介護3			回数	単位	
被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	X	〇〇市									
被保険者住所	〇〇市△△△ 1-1-1												要介護状態区分	3年 3月 17日	要介護4	要介護3	性別	〇			
居宅介護支援事業者 事業所名	〇〇ケアセンター △△事業所												訪問通所 支給限度額	21日/月	短期入所 支給限度額	前月までの 短期入所計画日数	〇	日			
介護支援専門員氏名	〇〇 △△												作成(更新)	年月日	平成 12年 4月 1日						
提供時間帯	サービス内容												計画及び実績(注3)								
7:00 - 8:00	指定	訪問介護	11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	10	80
9:00 - 10:00	指定	家事援助1(早朝)	212																		
9:00 - 10:00	指定	訪問介護	11	1																	45
9:00 - 10:00	指定	家事援助2	221																		
10:00 - 11:00	指定	訪問介護	11	1																	20
10:00 - 11:00	指定	家事援助2(休日)	222																		
10:00 - 11:00	指定	訪問介護	11	1																	80
10:00 - 11:00	指定	身体介護2	121																		
10:00 - 11:00	指定	訪問介護	11	1																	100
10:00 - 12:00	指定	身体介護2(休日)	122																		
10:00 - 12:00	指定	訪問介護	11	1																	75
10:00 - 16:00	指定	身体介護3	131																		
14:00 - 15:00	指定	通所リハビリテーション	16	1																	300
14:00 - 15:00	指定	通所リハビリテーション	131																		
21:00 - 21:30	指定	訪問看護	12	1																	320
	指定	訪問看護	111																		
	指定	巡回型(夜間・休日)	102																		270
	指定	短期入所療養介護	22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	440
	指定	短期入所ケア3	315																		
	基準等	福祉用具貸与	17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5
	基準等	福祉用具貸与	113																		
	基準等	福祉用具貸与	17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
	基準等	特殊寝台	112																		
	基準等	福祉用具貸与	17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
	基準等	エアーマット	115																		
* サービスコード及び支給限度額・単位・給付点数はあくまでも記載例として提示しているものであって、確定したものではありません。																		合計点数	1,740		

(注1) 要介護認定結果に基づき作成したサービス計画であるときは「認定済」、要介護認定の申請中で暫定的なサービス計画であるときは「申請中」に〇印を付ける。(ただし、更新申請中は「認定済」に〇印を付ける)
 (注2) 指定居宅/基準該当等サービス識別: 指定居宅サービスの場合は「指定」、基準該当・離島等サービスの場合は「基準等」と明記する。
 (注3) 計画及び実績: 上段: 支援事業者が計画を記入、下段: サービス事業者が実績を記入する。
 支給限度額を超えるサービスなど保険給付の対象とならない部分については、日別の計画に△印等で明確に区分して記入する。

給付管理票(案)

(支援事業者・市町村→国保連) 給付管理票(その1)

訪問通所サービス給付管理票(平成 年 月分) (注1)

保険者番号		保険者名	
被保険者番号		被保険者氏名	
		フリガナ	
生年月日	性別	要介護状態区分	
明・大・昭 年 月 日	男・女		
訪問通所支給限度額	限度額適用期間		
(点/月 (注3) 点/月)	平成 年 月 ~	平成 年 月	

作成区分	
1. 指定居宅介護支援事業者作成	
2. 基準該当居宅介護支援事業者等作成	
3. 自己作成	
支援事業所番号	
居宅介護支援事業者事業所名	(注2)
居宅介護支援事業者事業所所在地連絡先	

訪問通所サービス

居宅サービス事業者事業所名	事業所番号 (県番号-事業所番号)	指定/基準該当等サービス識別	サービス種類名	サービス種類コード	給付計画点数
		指定・基準該当等			
		指定・基準該当等			
		指定・基準該当等			
		指定・基準該当等			
		指定・基準該当等			
		指定・基準該当等			
		指定・基準該当等			
		指定・基準該当等			
		指定・基準該当等			
		指定・基準該当等			
		指定・基準該当等			
		指定・基準該当等			
		指定・基準該当等			
		指定・基準該当等			
		指定・基準該当等			
		指定・基準該当等			
		指定・基準該当等			
		指定・基準該当等			
		指定・基準該当等			
当月合計			指定サービス分小計		
			基準該当等サービス分小計		
			合計		

(注1) 月の途中で居宅介護支援事業者が変更になった場合は、居宅サービス計画を引き継ぎ、月末時点の支援事業者が提出する。
 (注2) 自己作成の場合は、居宅介護支援事業者事業所名及びその番号は記載不要である。
 (注3) パウチャ等利用があり、訪問通所支給限度額の事前切り分けがある場合は、()内にその利用分を記載する。

給付管理票(案)の記載例

(支援事業者・市町村→国保連)

給付管理票(その1)

訪問通所サービス給付管理票(平成 12年 4月分) (注1)

保険者番号						保険者名					
1 4 0 0 X X						〇〇市					
被保険者番号						被保険者氏名					
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0						フリガナ					
						〇〇 〇〇〇					
生年月日				性別		要介護状態区分					
明 昭 3年 3月 17日				(男)・女		要介護4					
訪問通所支給限度額				限度額適用期間							
1,400 点/月 (注3) 点/月				平成 12年 4月 ~				平成 12年 9月			

作成区分											
① 指定居宅介護支援事業者作成 ② 基準該当居宅介護支援事業者等作成 ③ 自己作成											
支援事業所番号	1	4	3	4	5	6	7	X	X	X	X
居宅介護支援 事業者事業所名	〇〇ケアセンター △△△事業所										
居宅介護支援 事業者事業所 所在地連絡先	〇〇市〇〇1-1-1 XXX(XXX)XXXX										

訪問通所サービス

居宅サービス 事業者事業所名	事業所番号 (県番号-事業所番号)	指定/基準該当等 サービス識別	サービス種類名	サービス種類 コード	給付計画点数
HHH事業所	14-123456XX	指定・基準該当等	訪問介護	11	400点
KKK事業所	14-123457XX	指定・基準該当等	訪問介護	11	270点
ZZZ事業所	14-123458XX	指定・基準該当等	訪問看護	12	320点
XXX病院	13-012345XX	指定・基準該当等	通所リハビリテーション	16	300点
AAA事業者	14-912345XX	指定・基準該当等	福祉用具貸与	17	10点
		指定・基準該当等			
		指定・基準該当等			
		指定・基準該当等			
		指定・基準該当等			
		指定・基準該当等			
		指定・基準該当等			
		指定・基準該当等			
		指定・基準該当等			
		指定・基準該当等			
		指定・基準該当等			
		指定・基準該当等			
		指定・基準該当等			
		指定・基準該当等			
		指定・基準該当等			
当月合計			指定サービス分小計		1,290点
			基準該当等サービス分小計		10点
			合計		1,300点

* サービス種類コード及び支給限度額点数・給付計画点数は、あくまでも記載例として提示しているものであって、確定したものではない。

(注1) 月の途中で居宅介護支援事業者が変更になった場合は、居宅サービス計画を引き継ぎ、月末時点の支援事業者が提出する。

(注2) 自己作成の場合は、居宅介護支援事業者事業所名及びその番号は記載不要である。

(注3) バウチャ等利用があり、訪問通所支給限度額の事前切り分けがある場合は、()内にその利用分を記載する。

給付管理票(案)

(支援事業者・市町村→国保連) 給付管理票(その2)

短期入所サービス給付管理票(平成 年 月分) (注1)

保険者番号		保険者名	
被保険者番号		被保険者氏名	
		フリガナ	
生年月日	性別	要介護状態区分	
明・大・昭 年 月 日	男・女		
短期入所支給限度額	限度額管理期間		
日/期間	平成 年 月	~	平成 年 月

作成区分	
1. 指定居宅介護支援事業者作成	
2. 基準該当居宅介護支援事業者等作成	
3. 自己作成	
支援事業所番号	
居宅介護支援事業者事業所名	(注2)
居宅介護支援事業者事業所所在地連絡先	

短期入所サービス		限度額管理期間における前月までの給付計画日数		日
居宅サービス事業者事業所名	事業所番号 (県番号-事業所番号)	サービス種類名	サービス種類コード	給付計画日数
当月合計		指定サービス分小計		日
		合計		日

(注1) 月の途中で居宅介護支援事業者が変更になった場合は、居宅サービス計画を引き継ぎ、月末時点の支援事業者が提出する。
 (注2) 自己作成の場合は、居宅介護支援事業者事業所名及びその番号は記載不要である。

給付管理票(案)の記載例

(支援事業者・市町村→国保連) 給付管理票(その2)

短期入所サービス給付管理票(平成 12年 4月分) (注1)

保険者番号										保険者名	
1	4	0	0	X	X					〇〇市	
被保険者番号										被保険者氏名	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	フリガナ	
										〇〇 〇〇〇	
生年月日					性別		要介護状態区分				
明(⊕)昭 3年 3月 17日					(男)・女		要介護4				
短期入所支給限度額					限度額管理期間						
21 日/期間					平成 12年 4月		平成 12年 9月				

作成区分														
① 指定居宅介護支援事業者作成 ② 基準該当居宅介護支援事業者等作成 ③ 自己作成														
支援事業所番号					1	4	3	4	5	6	7	X	X	X
居宅介護支援事業者事業所名					〇〇ケアセンター △△△事業所									
居宅介護支援事業者事業所所在地連絡先					〇〇市〇〇1-1-1 XXX(XXX)XXXX									

短期入所サービス		限度額管理期間における前月までの給付計画日数		0日
居宅サービス事業者事業所名	事業所番号 (県番号-事業所番号)	サービス種類名	サービス種類コード	給付計画日数
YYY施設	13-234567XX	短期入所療養介護	11	4日
当月合計		指定サービス分小計		4日
		合計		4日

* サービス種類コードは、あくまでも記載例として提示しているものであって、確定したものではない。

(注1) 月の途中で居宅介護支援事業者が変更になった場合は、居宅サービス計画を引き継ぎ、月末時点の支援事業者が提出する。
(注2) 自己作成の場合は、居宅介護支援事業者事業所名及びその番号は記載不要である。

介護保険受給資格証明書

被 保 険 者	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>																	
	フリガナ																		
	氏 名																		
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	男・女													
	住 所																		
(転出先予定)																			
異動予定日	平成	年	月	日															
<p>上記の者は、介護保険の要介護認定・要支援認定等を次のとおり受けている(申請中の)者であることを証する。</p> <p>平成 年 月 日 <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;"></td> </tr> </table></p> <p style="text-align: center;">○○市(町村)長 <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 40px; vertical-align: middle;"> <tr><td style="text-align: center;">公印</td></tr> </table></p>																公印			
公印																			
認定済 ・ 申請中		申請年月日		. . .															
要介護状態区分		認定年月日		. . .															
認定の有効期間		平成 年 月 日から平成 年 月 日まで有効																	
認定審査会の意見等																			
備 考																			

裏面に注意事項を記入

(A4)

注意事項

- 1 この受給資格証明書は、介護保険法第36条に基づき、〇〇市(町村)が交付したもので、被保険者証ではありません。したがって、この証で介護保険の保険給付を受けることはできません。
- 2 住所を異動した先の市(町村)が、新しい介護保険の保険者となり、あなたもその市(町村)の介護保険の被保険者となります。
- 3 住所を異動した際は、直ちにその市(町村)の窓口で転入の届け出をし、必ずこの証明書を提出して要介護認定・要支援認定等の申請をしてください。
- 4 あなたが、住所を異動した日から14日を過ぎますと、この証明書は無効となりますので十分に注意してください。
- 5 異動予定日を過ぎてから住所を異動した場合は、介護保険の保険給付が一部受けられなくなる場合がありますので十分に注意してください。