

# 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	○	
2	サービス利用票(兼居宅サービス計画)	支事 → 被	○	
3	サービス利用票別表	支事 → 被	○	
4	サービス提供票	被・支事 → 事	○	
5	サービス提供票別表	被・支事 → 事	○	
6	給付管理票(訪問通所サービス給付管理票)	支事・市 → 連	○	
7	給付管理票(短期入所サービス給付管理票)	支事・市 → 連	○	
8	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		○
9	介護保険特例サービス費等支給申請書(受領委任)	被・事 → 市		○
10	介護保険居宅介護(支援)福祉用具購入費支給申請書	被 → 市		○
11	介護保険居宅介護(支援)住宅改修費支給申請書	被 → 市		○
12	介護保険高額介護サービス費等支給申請書	被 → 市		○
13	介護保険標準負担額減額認定申請書	被 → 市		○
14	介護保険特定標準負担額減額認定申請書	被 → 市		○
15	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		○
16	介護保険標準負担額減額認定証	市 → 被	○	
17	介護保険特定標準負担額減額認定証	市 → 被	○	
18	介護保険利用者負担額減額・免除申請書	被 → 市		○
19	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		○
20	介護保険利用者負担額減額・免除認定証	市 → 被	○	
21	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	○	
22	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		○
23	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		○
24	介護保険給付費支給(不支給)決定通知書	市 → 被		○
25	受給資格証明書	市 → 被		●

●: 統一様式から任意様式に変更

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書（案）

居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書		区 分										
		新規・変更										
<b>被保険者氏名</b>	<b>被 保 険 者 番 号</b>											
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										
<b>居宅サービス計画作成を依頼（変更）する事業者</b>												
<b>事業者の事業所名</b>	<b>事業所の所在地</b> 〒											
	電話番号 ( )											
<b>事業所を変更する場合の事由等</b>	※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)											
○○市（町村）長 様  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。  平成 年 月 日  住所  被保険者  氏名  電話番号 ( )  印												
<b>保険者確認欄</b>	<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○○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○○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。



### サービス利用票別表

#### 訪問通所区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	点数	回数	サービス 点数/金額	種類支給限度基準 を超える点数	種類支給限度 基準内点数	区分支給限度基準 を超える点数	区分支給限度 基準内点数	点数 単価	利用者負担 (保険対象分)	利用者負担 (全額負担分)
			区分支給限度 基準額 (点)		合計								

#### 種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度 基準額 (点)	合計点数	種類支給限度基準 を超える点数	サービス種類	種類支給限度 基準額 (点)	合計点数	種類支給限度基準 を超える点数
訪問介護				通所介護			
訪問入浴介護				通所リハビリテーション			
訪問看護				福祉用具貸与			
訪問リハビリテーション				合計			

#### 短期入所区分支給限度管理・利用者負担計算

区分支給限度基準額(日)		前月までの利用日数	当月の計画利用日数	保険給付対象日数		区分支給限度基準を超える日数							
事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	点数	日数	給付対象 日数	点数 単価	区分支給限度 基準内点数	利用者負担 (保険対象分)	対象外 日数	給付対象 外点数	利用者負担 (全額負担分)	

認定済・申請中

平成 年 月分 サービス提供票

居宅介護支援事業者→サービス事業者

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
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	要支援 1 2 3 4 5	訪問通所支給 限度基準額 限度額適用 期間	点/月	短期入所支給 限度基準額 限度額管理 期間	日/期間	前月までの 短期入所 利用日数
						平成 年 月から 平成 年 月まで		平成 年 月から 平成 年 月まで		日

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者 事業所名	月間サービス計画及び実績の記録																															合計 回数
			日付	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	
			曜日																															
			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																															



給付管理票

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	要支援・1・2・3・4・5	
訪問通所支給限度基準額	限度額適用期間		
点/月	平成 年 月 ~	平成 年 月	

作成区分	
1. 居宅介護支援事業者作成	
2. 自己作成	
居宅介護支援事業所番号	(注2)
居宅介護支援事業者事業所名	
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 サービス種別	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			
		指定・基準該当			
		指定・基準該当			
		指定・基準該当			
		指定・基準該当			
		指定・基準該当			
		指定・基準該当			
		指定・基準該当			
		指定・基準該当			
		指定・基準該当			
		指定・基準該当			
		指定・基準該当			
		指定・基準該当			
		指定・基準該当			
		指定・基準該当			
		指定・基準該当			
当月合計			指定サービス分小計		
			基準該当サービス分小計		
			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。

### 給付管理票

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	要支援・1・2・3・4・5		
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	～		平成 年 月

  

作成区分	
1. 居宅介護支援事業者作成	
2. 自己作成	
居宅介護支援事業所番号	
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)	指定/基準該当 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 日数	
		指定・基準該当				
		指定・基準該当				
		指定・基準該当				
		指定・基準該当				
		指定・基準該当				
		指定・基準該当				
		指定・基準該当				
		指定・基準該当				
		指定・基準該当				
		指定・基準該当				
		指定・基準該当				
		指定・基準該当				
		指定・基準該当				
		指定・基準該当				
		指定・基準該当				
		指定・基準該当				
		指定・基準該当				
		指定・基準該当				
当月合計				指定サービス分小計		
				基準該当サービス分小計		
				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。



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）（案）

（介護保険居宅介護（支援）サービス費、特例居宅介護（支援）サービス費  
居宅介護（支援）サービス計画費、特例居宅介護（支援）サービス計画費  
施設介護サービス費、特例施設介護サービス費）支給申請書  
（平成 年 月分）

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号						
	被保険者番号						
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女	
住所	〒		電話番号				
支払金額合計							円
申請理由	..... ..... .....						
○○市（町村）長 様  上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（支援）サービス費、特例居宅介護（支援）サービス費、居宅介護（支援）サービス計画費、特例居宅介護（支援）サービス計画費、施設介護サービス費、又は特例施設介護サービス費の支給を申請します。 平成 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名 印							

注意・この申請書の裏面に該当月分の領収証及びサービス提供証明書又は居宅介護支援提供証明書も併せて添付してください。

上記の給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金	
			2 当座預金	
			3 その他	
	フリガナ 口座名義人	.....		

市（町村）記入欄

区分	保険料納付状況	領収証	サービス	備考
1 一般	未納保険料	確認欄	提供証明書	
2 支払方法の変更	有・無 滞納保険料		確認欄	
3 給付額減額	有・無			

介護保険特例サービス費等支給申請書（受領委任）（案）

介護保険特例居宅介護（支援）サービス費、特例居宅介護（支援）サービス計画費支給申請書  
（受領委任用）

（平成 年 月分）

フリガナ 被保険者氏名	-----		保険者番号				
			被保険者番号				
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女	
住所	〒			電話番号			
費用額合計				円	うち被保険者負担分		円
<p>〇〇市（町村）長 様</p> <p>上記の特例居宅介護（支援）サービス費、特例居宅介護（支援）サービス計画費の支給を申請します。また、上記請求に基づく給付金の受領方を下記の者に委任します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 印 電話番号</p>							
受取人の氏名 及び事業者名	(事業者名)						印
受取人の住所	〒			電話番号			
口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		種目	口座番号	
	金融機関コード		店舗コード		1 普通預金		
					2 当座預金		
フリガナ 口座名義人		-----					

注意 ・ 保険料を完納されていない方で、支払方法の変更により償還払い給付となっている方は、受領委任による給付はできません。  
・ 受領委任契約事業者等は、この申請書の裏面に該当月分のサービス提供証明書を添付してください。

市（町村）記入欄

保険料納付状況	サービス	備 考
未納保険料 有・無	提供証明書 確認欄	
滞納保険料 有・無		

介護保険福祉用具購入費支給申請書（案）

介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			保険者番号				
被保険者氏名			被保険者番号				
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女	
住所	〒		電話番号				
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名		購入金額		購入日		
			円		平成 年 月 日		
			円		平成 年 月 日		
			円		平成 年 月 日		
福祉用具が 必要な理由							
<p>〇〇市（町村）長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（支援）福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名</p> <p>電話番号</p> <p>印</p>							

注意・この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパフレット等を添付して下さい。

- ・「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載して下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

居宅介護（支援）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号			
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金				
			2 当座預金				
			3 その他				
	フリガナ 口座名義人						

介護保険住宅改修費支給申請書（案）

介護保険居宅介護（支援）住宅改修費支給申請書

フリガナ			保険者番号				
被保険者氏名			被保険者番号				
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女	
住所	〒			電話番号			
住宅の所有者	本人との関係（ ）						
改修の内容・箇所及び規模			業者名				
			着工日	平成	年	月	日
			完成日	平成	年	月	日
改修費用	円						
<p>〇〇市（町村）長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（支援）住宅改修費の支給を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 電話番号</p> <p>印</p>							

注意・この申請書の裏面に、領収証及び介護支援専門員等が作成した住宅改修が必要と認められる理由を記載した書類、完成後の状態が確認できる書類等を添付して下さい。

- ・改修を行った住宅の所有者が当該被保険者でない場合は、所有者の承諾書も併せて添付して下さい。

居宅介護（支援）住宅改修費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号			
	金融機関コード	店舗コード	1普通預金				
			2当座預金				
			3その他				
	フリガナ 口座名義人						

介護保険高額介護サービス費等支給申請書（案）

介護保険高額介護（居宅支援）サービス費支給申請書  
（平成 年 月分）

フリガナ 被保険者氏名	-----			保険者番号					
	-----			被保険者番号					
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女			
住所	〒				電話番号				
該当月分の 支払額合計									
	氏名		生年月日	性別	介護保険の被保険者の場合 被保険者番号				
	世帯主								
世帯構成	世帯員								
○○市（町村）長 様  上記のとおり関係書類を添えて高額介護（居宅支援）サービス費の支給を申請します。  平成 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号 印									

注意 ・ 給付制限を受けている方については、高額介護（居宅支援）サービス費の支給ができない場合があります。

・ この申請書の裏面に領収証を添付してください。

高額介護（居宅支援）サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金	
			2 当座預金	
			3 その他	
	フリガナ 口座名義人	-----		

市（町村）記入欄

区分	世帯集約 番号	領収書 確認欄	給付制限 状況	備 考 （所得分布の状況等を把握）
1 単独			有・無 給付割合	
2 合算				

介護保険標準負担額減額認定申請書（案）

介護保険標準負担額減額認定申請書

フリガナ 被保険者氏名	-----		保険者番号						
			被保険者番号						
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女			
住所	〒		電話番号						
介護保険施設の所在地及び名称	〒		電話番号						
入所年月日	年 月 日								
<p>〇〇市（町村）長 様</p> <p>上記のとおり食事に係る標準負担額減額を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名</p>									

市（町村）記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を記入)
適用年月日	
年 月 日	
から	
有効期限	
年 月 日	
まで	

介護保険特定標準負担額減額認定申請書（案）

介護保険特定標準負担額減額認定申請書  
 （特別養護老人ホーム旧措置入所者に関する経過措置）

フリガナ 被保険者氏名	-----		保険者番号						
			被保険者番号						
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女			
住 所	〒		電話番号						
特別養護老人 ホームの所在 地及び名称	〒		電話番号						
入所年月日	年		月	日					
<p>〇〇市（町村）長 様</p> <p>上記のとおり食事に係る特定標準負担額減額を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名</p>									

市（町村）記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(所得分布の状況等を把握)
適用年月日	
年 月 日 から	
有効期限	
年 月 日 まで	

介護保険標準負担額・特定標準負担額差額支給申請書（案）

介護保険標準負担額・特定標準負担額差額支給申請書

フリガナ 被保険者氏名	-----		保険者番号								
			被保険者番号								
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女					
住所	〒				電話番号						
支払った	支払った期間		平成		年	月	日から	平成	年	月	日
標準負担額等	支払った標準負担額										円
食事の提供を受けた 介護保険施設の 所在地及び名称	〒				電話番号						
既に減額認定証の 交付を受けている 方のみ記入	交付年月日	平成		年	月	日					
	適用年月日	平成		年	月	日					
減額認定証の交付 申請又は証を提出 できなかった理由											
<p>〇〇市（町村）長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて食事に係る標準負担額差額の支給を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 印 電話番号</p>											

注意・この申請書の裏面に該当月分の領収証を添付して下さい。

上記の給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		種目	口座番号				
	金融機関コード		店舗コード		1 普通預金					
					2 当座預金					
					3 その他					
フリガナ 口座名義人		-----								

市（町村）記入欄

領収証 確認欄	備 考									