

区分支給限度一本化関連帳票記載例

【例1】 区分限度を超える単位数を短期入所以外に割り当てた

場合

サービス利用票	1
サービス利用票別表	2
給付管理票	3
短期入所サービスの介護給付費明細書	4

【例2】 区分限度を超える単位数を短期入所に割り当てた場合

サービス利用票	5
サービス利用票別表	6
短期入所サービスの介護給付費明細書	7

【例3】 利用者の希望等により連続 30 日を超える短期入所を計画した場合

サービス利用票	8
サービス利用票別表	9
短期入所サービスの介護給付費明細書	10

【例 1】 区分限度を超える単位数を短記入所以外に割り当てた場合

認定済・申請中

保険者番号	14000078	保険者名	〇〇市	作成年月日	平成 14年7月20日	
被保険者番号	1234567890	フリガナ 被保険者氏名	〇〇〇〇	届出年月日	平成	
生年月日	明・大・昭 12年3月5日	性別 男・女	要支援12345 要支援12345 平成	保険者確認印	限度額適用 期間	前月までの 短期入居 回数 32日
住所		市区町村	支給 限度基準額	事業所名 担当者名	〇〇ヶアセンター△△事業所 電話番号XXX-XXX-XXXX 〇〇××	

月間サービス計画及び実績の記録

提供時間帯	サービス内容	事業者 事業所名	曜日	日付																															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																							
7:00~8:00	家事援助2・早朝夜間	HHH事業所	予定 実績	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1													
9:00~10:30	家事援助3	HHH事業所	予定 実績	1																																																					
10:00~11:30	身体介護3	HHH事業所	予定 実績			1																																																			
10:00~11:00	身体介護2	HHH事業所	予定 実績	1																																																					
10:00~17:00	通所(Ⅲ)3重度	XXX病院	予定 実績																																																						
	通所(Ⅳ)食事加算	XXX病院	予定 実績																																																						
	通所(Ⅴ)送迎加算	XXX病院	予定 実績																																																						
14:00~15:00	訪問看護2	ZZZ事業所	予定 実績																																																						
23:00~23:30	身体介護1・深夜	KKK事業所	予定 実績	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
	福祉用具貸与 車椅子	AAA事業所	予定 実績																																																						
	福祉用具貸与 特殊寝台	AAA事業所	予定 実績																																																						
	福祉用具貸与 エアーマット	AAA事業所	予定 実績																																																						
	老健短期療養I・4	YYY施設	予定 実績																																																						
	老健短期送迎加算	YYY施設	予定 実績																																																						

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	単位数	割引後 単位数	回数	サービス 単位/金額	種類支給限度基準 を超える単位数	種類支給限度基準 を超える単位数	区分支給限度基準 を超える単位数	区分支給限度基準 を超える単位数	区分支給限度基準 を超える単位数	費用総額 (保険対象分)	給付率 (%)	保険給付額	利用者負担 (保険対象分)	利用者負担 (全額負担分)
HHH事業所	1412999999	家事援助2・夜朝	112212	191		8	1528										
HHH事業所	1412999999	家事援助3	112311	222		4	888										
HHH事業所	1412999999	身体介護3	111311	584		4	2336										
HHH事業所	1412999999	身体介護2	111211	402		4	1608										
HHH事業所	1412999999	訪問介護合計					(6360)			6360	10.60	67416	90	60674	6742	0	
XXX病院	1412888888	通所リハビリⅢ3重度	163431	1041		3	3123										
XXX病院	1412888888	通所リハビリ食事加算	165100	39		3	117										
XXX病院	1412888888	通所リハビリ送迎加算	165200	44		6	264										
XXX病院	1412888888	通所リハビリ合計					(3504)			3504	10.40	36441	90	32796	3645	0	
ZZZ事業所	1412777777	訪問看護2	131211	830		8	6640			6640	10.40	69056	90	62150	6906	0	
KKK事業所	1412666666	身体介護1・深夜	111113	315		28	8820			8820	10.60	93492	90	84142	9350	0	
AAA事業所	1412555555	福祉用具貸与車椅子	171001				800										
AAA事業所	1412555555	福祉用具貸与特殊寝台	171003				900										
AAA事業所	1412555555	福祉用具貸与じよく椅子 防具	171005				300										
AAA事業所	1412555555	福祉用具貸与合計					(2000)			620	1380	13800	90	12420	1380	6200	
YYY施設	1412444444	老健短期入所I4	221141	1176		3	3528										
YYY施設	1412444444	老健短期送迎加算	221920	184		2	368										
YYY施設	1412444444	短期入所合計					(3896)			3896	10.40	40518	90	36466	4052	0	
						30600	31220			620	30600	320723		288648	32075	6200	

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度基準 単位数	合計単位数	種類支給限度基準 を超える単位数	サービス種類	種類支給限度基準 単位数	合計単位数	種類支給限度基準 を超える単位数
訪問介護				通所リハビリⅢ3			
訪問入浴介護				福祉用具貸与			
訪問看護				短期入所生活介護			
訪問リハビリテーション				短期入所療養介護			
通所介護				合計			

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計帳利用日数	累積利用日数
32	3	35

給付管理票(平成14年8月分)

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	
生年月日	性別	要介護状態区分	
明(大)昭 12年3月6日	(男)・女	要支援・1・2・3・4・5	
居宅サービス支給限度基準額	限度額適用期間		
3 0 6 0 0 単位/月	平成 14年3月	平成 14年8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	1 4 1 2 0 0 0 0 0 0
居宅介護支援事業者事業所名	〇〇ケアセンター
居宅介護支援事業者事業所所在地連絡先	△△事業所 〇〇市XX区△△ XX-XXX-XXXX

居宅サービス

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	給付計画単位数
HHH事業所	1 4 1 2 9 9 9 9 9 9	指定・基準該当	訪問介護	1 1	6 3 6 0
XXX病院	1 4 1 2 8 8 8 8 8 8	指定・基準該当	通所リハビリ	1 6	3 5 0 4
ZZZ事業所	1 4 1 2 7 7 7 7 7 7	指定・基準該当	訪問看護	1 3	6 6 4 0
KKK事業所	1 4 1 2 6 6 6 6 6 6	指定・基準該当	訪問介護	1 1	8 8 2 0
AAA事業所	1 4 1 2 5 5 5 5 5 5	指定・基準該当	福祉用具貸与	1 7	1 3 8 0
YYY施設	1 4 1 2 4 4 4 4 4 4	指定・基準該当	短期入所療養介護	2 2	3 8 9 6
		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		3 0 6 0 0
			基準該当サービス分小計		
			合計		3 0 6 0 0

居宅サービス介護給付費明細書
(介護老人保健施設における短期入所療養介護)

公費負担者番号									
公費受給者番号									

平成	1	4	年	8	月	分
保険者番号	1	4	0	0	x	x

被保険者	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	
	(フリガナ)											
	氏名	○○ ○○										
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性	1. 男	2. 女					
	要介護状態区分	要支援・1・2・3・4・5										
認定有効期間	平成	1	4	年	3	月	1	日	から			
	平成	1	4	年	8	月	3	1	日	まで		

請求事業者	事業所番号	1	4	1	2	4	4	4	4	4	4	
	事業所名称	YYY施設										
	所在地	〒 x x x x - 1 2 3 4 ○○市XX区XXXX										
	連絡先	電話番号XX・XXXX										

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	1	4	1	2	0	0	0	0	0	0
	事業所名称	○○ケアセンター △△事業所									

入所年月日	平成	1	4	年	8	月	1	4	日	サービス提供日	1	2	3	4	5	6	7
退所年月日	平成	1	4	年	8	月	1	6	日		8	9	10	11	12	13	14
短期入所 実日数										3	15	16	17	18	19	20	21
											22	23	24	25	26	27	28
											29	30	31				

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	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
老健短期入所11	221141	1176	3	3528			
老健短期送迎加算	221920	184	2	368			
合計							
				3896			

緊急時施設療養費	緊急時傷病名	① ② ③	緊急時治療開始年月日	① 平成 ② 平成 ③ 平成	年	年	月	月	日	日	
	緊急時治療管理(再掲)	単位	単位×	日							
	特定治療	リハビリテーション	点	摘要							
		処置	点								
		手術	点								
麻酔		点									
	放射線治療	点									
	合計	点									
往診日数	医療機関名	通院日数	医療機関名								

区分	保険分	公費分	保険分特定治療	公費分特定治療
①計画単位数	3 8 9 6			
②限度管理対象単位数	3 8 9 6			
③限度管理対象外単位数				
④給付対象点数・単位数	3 8 9 6			
⑤点数・単位数単価	1 0 4 0 円/単位		10円/点	10円/点
⑥給付率	9 0 /100	/100	/100	/100
⑦請求額(円)	3 6 4 6 6			
⑧利用者負担額(円)	4 0 5 2			

【例 2】 区分限度を超える単位数を短期入所に割り当てた場合

居宅介護支援事業者一利用者

平成14年8月分 サービス利用票（兼居宅サービス計画）

認定済・申請中

保険者番号	1	4	0	0	x	0	x	0	x	市	〇〇市	居宅介護支援 事業者事業所名 担当者名	〇〇ケアセンター△△事業所 電話番号XXX-XXX-XXXX 〇〇 xx	作成年月日	平成 14年7月20日	合計 回数	30日
被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	フリガナ 被保険者氏名	〇〇〇〇	保険者確認印		届出年月日	平成		
生年月日	明・太	昭	5	日						性別	男・女	区分支給 限度基準額	16580単位/月	平成 14年 3月 3日 平成 14年 8月 30日	限度額適用 期間		

月間サービス計画及び実績の記録

提供時間帯	サービス内容	サービス 事業者 事業所名	曜日	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	
				木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	
家事援助 2	HHH事業所	予定	実績	1																															1	
老健短期 11	YYY事業所	予定	実績					1																												20
老健短期送迎加算	YYY事業所	予定	実績							1																										2
		予定	実績																																	
		予定	実績																																	
		予定	実績																																	
		予定	実績																																	
		予定	実績																																	
		予定	実績																																	

居宅サービス介護給付費明細書
(介護老人保健施設における短期入所療養介護)

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成	1	4	年	8	月	分
保険者番号	1	4	0	0	x	x

被保険者	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0							
	(フリガナ) 氏名	○○ ○○																
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	① 男	2. 女											
	要介護状態区分	要支援 ①・2・3・4・5																
	認定有効期間	平成	1	4	年	3	月	1	日	から	平成	1	4	年	8	月	3	日

請求事業者	事業所番号	1	4	1	2	4	4	4	4	4	4
	事業所名称	YYY施設									
	所在地	〒 x x x x - 1 ○○市XX区XX									
	連絡先	電話番号XX-XXXX									

区分限度支給限度を超える単位数に相当する日も含めて記載

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	1	4	1	2	0	0	0	0	0	0
	事業所名称	○○ケアセンター △△事業所									

入所年月日	平成	1	4	年	8	月	7	日	サービス提供日	1	2	3	4	5	6	7																
退所年月日	平成	1	4	年	8	月	2	日	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
短期入所 実日数									2	0																						

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	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
老健短期送迎加算	2 2 1 9 2 0	1 8 4	2	3 6 8			
合計							
				2	0	8	8

緊急時傷病名	① ② ③	緊急時治療開始年月日	① 平成 ② 平成 ③ 平成	年 年 年	月 月 月	日 日 日
緊急時治療管理(再掲)	単位	単位×	日			
リハビリテーション	単位数					
処置	単位数					
手術	単位数					
麻酔	単位数					
放射線治療	単位数					
合計	点					

単位数を積み上げて計画単位数以上となった日の翌日から算定できない
この例では 184+1026×16=16600 > 16427 となるため
17日目(8/23)以降算定できない

往診日数	医療機関名	通院日数	医療機関名
------	-------	------	-------

区分	保険分					公費分					保険分特定治療					公費分特定治療				
	①計画単位数	1	6	4	2	7														
②限度管理対象単位数	2	0	8	8	8															
③限度管理対象外単位数																				
④給付対象点数・単位数	1	6	4	2	7															
⑤点数・単位数単価	1	0	4	0	円/単位						10	円/点				10	円/点			
⑥給付率	9	0	/100								/100				/100					
⑦請求額(円)	1	5	3	7	5	6														
⑧利用者負担額(円)	1	7	0	8	4															

**【例3】利用者の希望等により連続30日を超える短期入所を
計画した場合**

認定済・申請中

平成14年8月分 サービス利用票(兼居宅サービス計画)

居宅介護支援事業者→利用者

保険者番号	1 4 0 0 x x	保険者名	〇〇市	居宅介護支援事業者事業所名称担当者名	〇〇ケアセンター△△事業所 電話番号XXX-XXX-XXXX 〇〇 x x	作成年月日	平成 14年7月20日
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	フリガナ 被保険者氏名	〇〇〇〇	保険者確認印		届出年月日	平成
生年月日	明・天・昭 12年3月5日	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	区分支給 限度基準額	16580単位/月	限度額適用 期間	平成14年3月から 平成14年8月まで 前月までの 短所利用日 数 30日

提供時間帯	サービス内容	サービス事業者名称	サービス事業所	月間サービス計画及び実績の記録												合計回数			
				日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木		金	土	日
老健短期 I 1	30日超老健短期 I 1	YYY事業所	YYY事業所	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
				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

前月17日より入所し、
8月15日が30日目と
なる場合

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	単位数	割引後 率%	回数	サービス 単位/金額	種類支給限度 基準内単位数 を超える単位数	区分支給限度 基準内単位数 を超える単位数	区分支給限度 基準内単位数 を超える単位数	単位数 単価	費用総額 (保険対象分)	給付率 (%)	保険給付額	利用者負担 (保険対象分)	利用者負担 (全額負担分)
YYY施設	141244444	老健短期 I 1	221111	1026		15	15390		15390		10.40	160056	90	144050	16006	0
YYY施設	141244444	30日超老健短期 I 1				5					10.40					53352
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 30日を超える部分については別の欄に記載する </div>																
								16580	合計	15390		160056		144050	16006	53352

種類別支給限度管理

サービス種別	種類支給限度 基準額 (単位)	合計単位数	種類支給限度 基準額 (単位)	種類支給限度 基準額 (単位)	種類支給限度 基準額 (単位)
訪問介護					
訪問入浴介護					
訪問看護					
訪問リハ・リハビリ					
通所介護					
合計					

要介護認定期間中の短期入所利用日数	
前月までの利用日数	当月の計画利用日数
30	1.5
4.5	4.5

連続30日を超える利用日数は含まない

居宅サービス介護給付費明細書
(介護老人保健施設における短期入所療養介護)

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成	1	4	年	8	月	分
保険者番号	1	4	0	0	x	x

被保険者	被保険者番号 (フリガナ)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0								
	氏名	○○ ○○																	
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	① 男	2. 女												
	要介護状態区分	要支援 ①・②・③・④・⑤																	
	認定有効期間	平成	1	4	年	3	月	1	日	から	平成	1	4	年	8	月	3	1	日

請求事業者	事業所番号	1	4	1	2	4	4	4	4	4	4
	事業所名称	YYY施設									
	所在地	〒 x x x - 1 2 3 4 ○○市XX区XXXX									
	連絡先	電話番号XX-XXXX									

連続 30 日目に退所したものと記載

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	1	4	1	2	0	0	0	0	0	0
	事業所名称	○○ケアセンター △△事業所									

入所年月日	平成	1	4	年	7	月	1	7	日	
退所年月日	平成	1	4	年	8	月	1	5	日	
短期入所実日数									1	5

サービス提供日															
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪					
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

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	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
老健短期入所 I 1	2 2 1 1 1 1 1	1 0 2 6	1 5	1 5 3 9 0			
合計							

緊急時施設療養費	緊急時傷病名	① ② ③		緊急時治療開始年月日	① 平成 ② 平成 ③ 平成	年	年	月	月	日	日	
	緊急時治療管理(再掲)	単位	単位×	日								
	リハビリテーション	点	摘要	連続 30 日を超えて入所していた日 (この例では 8/16 以降) については算定できない								
	処置											
	手術											
放射線治療												
合計	点											

往診日数	医療機関名	通院日数	医療機関名
------	-------	------	-------

区分	保険分	公費分	保険分特定治療	公費分特定治療
①計画単位数	1 5 3 9 0			
②限度管理対象単位数	1 5 3 9 0			
③限度管理対象外単位数				
④給付対象点数・単位数	1 5 3 9 0			
⑤点数・単位数単価	1 0 4 0 円/単位		1 0 円/点	1 0 円/点
⑥給付率	9 0 /100	/100	/100	/100
⑦請求額 (円)	1 4 4 0 5 0			
⑧利用者負担額 (円)	1 6 0 0 6			