
介護給付費明細書様式（案）

様式 3

様式 4

様式 5

様式 8

様式 9

様式 10

サービス介護給付費明細書 (案)
(短期入所生活介護)

様式-3

公費負担者番号									
公費受給者番号									

平成		年		月分	
保険者番号					

被保険者	被保険者番号								
	(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		年		月		日	から

請求事業者	事業所番号								
	事業所名称								
	所在地	〒			-				
連絡先	電話番号								

居室サービス計画	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								
	事業所名称								

入所年月日	平成		年		月		日
退所年月日	平成		年		月		日
短期入所 実日数							

給付費明細欄	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	
	合計								

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	①計画単位数		
	②限度管理対象単位数		
	③限度管理対象外単位数		
	④給付単位数		
	⑤単位数単価	円/単位	
	⑥給付率	/100	/100
	⑦請求額 (円)		
	⑧利用者負担額 (円)		

居宅サービス介護給付費明細書 (案)
(介護老人保健施設における短期入所療養介護)

様式-4

公費負担者番号

平成 年 月

公費受給者番号

保険者番号

被保険者	被保険者番号 (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	年 月 日 から 年 月 日 まで	

請求事業者	事業所番号		
	事業所名称		
	所在地	〒 <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/>	
連絡先	電話番号 <input style="width: 20px;" type="text"/>		

居室サービス計画

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	
事業所名称	

短期入所 実日数

入所年月日	年 月 日
退所年月日	年 月 日

給付費明細欄	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
	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 年	月 月 月	日 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
------	-------	------	-------

請求額集計欄	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				
	②限度管理対象単位数				
	③限度管理対象外単位数				
	④給付点数・単位数				
	⑤点数・単位数単価		円/単位	10円/点	10円/点
	⑥給付率	/100	/100	/100	/100
	⑦請求額 (円)				
⑧利用者負担額 (円)					

枚中 枚目

居宅サービス介護給付費明細書（案）
（病院・診療所における短期入所療養介護）

様式-5

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成		年		月分	
保険者番号					

被保険者	被保険者番号					
	(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	職		年	月	日から
	職		年	月	日まで	

請求事業者	事業所番号					
	事業所名称					
	所在地	〒		-		
連絡先	電話番号					

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	
	事業所名称	

入所年月日	職		年		月		日
退所年月日	職		年		月		日
短期入所 実日数							

給付費明細欄	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
合計								

特定診療費	傷病名						摘要	
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数		公費分単位数
合計								

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
	①計画単位数				
	②限度管理対象単位数				
	③限度管理対象外単位数				
	④給付単位数				
	⑤単位数単価		円/単位	10円/単位	10円/単位
	⑥給付率	/100	/100	/100	/100
	⑦請求額（円）				
⑧利用者負担額（円）					

施設サービス等介護給付費明細書(案)
(介護老人福祉施設)

様式-8

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成		年		月分	
保険者番号					

被保険者	被保険者番号															
	(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	要支援等・1・2・3・4・5			旧措置入所者特例	1.無	2.有									
	認定有効期間	平成		年		月		日	から	平成		年		月		日

請求事業者	事業所番号											
	事業所名称											
	所在地	〒			-							
	連絡先	電話番号										

入所年月日	平成		年		月		日	退所年月日	平成		年		月		日	入所実日数		外泊日数	
退所後の状況		1.居宅 2.介護保険施設 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他																	

給付費明細欄	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	
			合計						

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	①単位数合計		
	②単位数単価	円/単位	
	③給付率	/100	/100
	④請求額(円)		
⑤利用者負担額(円)			

食事費用欄	サービス内容	サービスコード	単価	日数	金額	標準負担額
						日額
						月額
						食事提供費請求額
					保険分	
					公費分	
延べ日数		公費日数		合計		

枚中 枚目

施設サービス等介護給付費明細書(案)
(介護老人保健施設)

様式-9

公費負担者番号

平成 年 月分

公費受給者番号

保険者番号

被保険者	被保険者番号											
	(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	1・2・3・4・5										
	認定有効期間	年	月	日	年	月	日	から				
		年	月	日	年	月	日	まで				

請求事業者	事業所番号											
	事業所名称											
	所在地	〒 -										
	連絡先 電話番号											

入所	年	月	日	退所	年	月	日	入所実日数	外泊日数		
主傷病						退所後の状況	1.居宅 2.介護保険施設 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他				

給付費明細欄	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	公費対象単位数	摘要
	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 年 月 日	② 平成 年 月 日	③ 平成 年 月 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					

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定治療	公費分特定治療
	①点数・単位数合計				
	②点数・単位数単価	円/単位		10円/点	10円/点
	③給付率	/100	/100	/100	/100
	④請求額(円)				
⑤利用者負担額(円)					

食事費用欄	サービス内容	サービスコード	単価	日数	金額	標準負担額	
						日額	
						月額	
							食事提供費請求額
							保険分
延べ日数	公費日数	合計				公費分	

枚中 枚目

施設サービス等介護給付費明細書(案)
(介護療養型医療施設)

様式-10

公費負担者番号

平成 年 月 分

公費受給者番号

保険者番号

被保険者
被保険者番号
(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 1・2・3・4・5
認定有効期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで

請求事業者
事業所番号
事業所名称
〒 所在地
連絡先 電話番号

入院年月日 平成 年 月 日 退院年月日 平成 年 月 日 入院実日数 外泊日数
主傷病 退院後の状況 1.居宅 2.介護保険施設 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他

給付費明細欄	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
	合計							

特定診療費	傷病名							摘要
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	
合計								

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
	①単位数合計				
	②単位数単価	▲	円/単位	10円/単位	10円/単位
	③給付率	/100		/100	/100
	④請求額(円)				
⑤利用者負担額(円)					

食事費用欄	サービス内容	サービスコード	単価	日数	金額	標準負担額	
						日額	食事提供費請求額
						月額	
						保険分	公費分
延べ日数	公費日数	合計					

記載例¹

1. 食事費用欄

(例 1)

基本食 10 日間、特別食 20 日間の提供を行い、食事提供の状況が報酬告示別表第二の注 2 のイに該当し、食事標準負担額が 3 0 0 円で全額生活保護から支給される場合。

(現行)

食事費用欄	食事提供費							標準負担額 (月額)			食事提供費請求額			標準負担額				
	基本	日数	1 0		単価	1 9 2 0		金額	1 9 2 0 0			0	5 5 6 0 0			3 0 0		
	特別食	日数	2 0		単価	2 2 7 0			4 5 4 0 0				9 0 0 0					
延べ日数	3 0		公費日数		3 0		合計	6 4 6 0 0			公費請求分							

(変更後)

食事費用欄	サービス内容		サービスコード				単価			日数	金額			標準負担額									
	基本食事サービス・減算1		5	0	1	1	1	2	1	9	2	0	0	1	0	1	9	2	0	0	日額	3 0 0	
	基本食事サービス・減算1・特別食		5	0	1	1	1	5	2	2	7	0	0	2	0	4	5	4	0	0	月額	0	
														食事提供費請求額									
														保険分	5 5 6 0 0								
延べ日数		3 0		公費日数		3 0		合計			6 4 6 0 0			公費分	9 0 0 0								

(例 2)

基本食 30 日間の提供を行い、うち 1 0 日間食事提供の状況が報酬告示別表第二の注 2 のイに該当し、食事標準負担額が 780 円の場合

食事費用欄	サービス内容		サービスコード				単価			日数	金額			標準負担額									
	基本食事サービス		5	0	1	1	1	1	2	1	2	0	0	2	0	4	2	4	0	0	日額	7 8 0	
	基本食事サービス・減算1		5	0	1	1	1	2	1	9	2	0	0	1	0	1	9	2	0	0	月額	2 3 4 0 0	
														食事提供費請求額									
														保険分	3 8 2 0 0								
延べ日数		3 0		公費日数		0		合計			6 1 6 0 0			公費分	0								

¹単位数金額等は現行の告示による。食事サービスのサービスコードは仮設定。

2. 特定診療費欄

(現行)

特定診療費	区分	保険分 (単位)	公費分 (単位)	傷病名	胃潰瘍
	1. 指導管理等	178		摘要 @08 介護栄養食事指導 178×1	
	2. 単純エクサ線				
	3. リハビリテーション				
	4. 精神科専門療法				
	5.				
	6.				
合計	178				

(変更後)

特定診療費	傷病名	胃潰瘍						
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要
	08	介護栄養食事指導	178	1	178			
		合計			178			