

○老人福祉法施行規則（昭和三十八年厚生省令第二十八号）
（第二条関係）

（傍線の部分は改正部分）

改	正	案	現	行
			<p>（法第五条の二第三項に規定する厚生労働省令で定める便宜） 第一条の三 法第五条の二第三項に規定する厚生労働省令で定める便宜は、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練、介護方法の指導、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認その他の身体上若しくは精神上の障害があつて日常生活を営むのに支障がある六十五歳以上の者又はその養護者に必要な便宜とする。</p>	<p>（法第五条の二第三項に規定する厚生労働省令で定める便宜） 第一条の三 法第五条の二第三項に規定する厚生労働省令で定める便宜は、入浴、食事の提供、機能訓練、介護方法の指導、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認その他の身体上若しくは精神上の障害があつて日常生活を営むのに支障がある六十五歳以上の者又はその養護者に必要な便宜とする。</p>

○介護給付費及び公費負担医療等に関する費用の請求に関する省令（平成十二年厚生省令第二十号）（抄）
（第三条関係）

（傍線の部分は改正部分）

改	正	案	現	行
		<p>（定義） 第一条 この省令において「介護給付費」とは、介護保険法（平成九年法律第百二十三号。以下「法」という。）に規定する居宅介護サービス費、居宅介護サービス計画費、施設介護サービス費、特定入所者介護サービス費、居宅支援サービス費、居宅支援サービス計画費及び特定入所者支援サービス費をいう。 2 4 （略）</p>	<p>（定義） 第一条 この省令において「介護給付費」とは、介護保険法（平成九年法律第百二十三号。以下「法」という。）に規定する居宅介護サービス費、居宅介護サービス計画費、施設介護サービス費、居宅支援サービス費及び居宅支援サービス計画費をいう。 2 4 （略）</p>	

(表面)

(一)		(二)		(三)				
介護保険被保険者証		要介護状態区分等		給付制限	内容	期間		
被 保 険 者	番号	認定年月日	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
	住所	認定の有効期間	平成 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
	フリガナ	居室サービス	区分支給限度基準額 平成 年 月 日～平成 年 月 日 1月当たり			開始年月日 平成 年 月 日 終了年月日 平成 年 月 日		
	氏名	(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				
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	認定審査及び 意見サービスの 指 定		居宅介護支援事業者及び その事業所の名称				
性別	男・女			届出年月日 平成 年 月 日				
交付年月日	平成 年 月 日			届出年月日 平成 年 月 日				
保険者番号並びに保険者の名称及び印				介護保険施設等				
				種類	名称	入所 入院 年月日 平成 年 月 日 退所 退院 年月日 平成 年 月 日		
				種類	名称	入所 入院 年月日 平成 年 月 日 退所 退院 年月日 平成 年 月 日		

(裏面)

(六)	(五)	(四)
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>十一 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。</p> <p>十二 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。</p>	<p>五 居室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に限り現物給付となります。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。</p> <p>六 居室サービスには保険給付の限度額が設定されます。</p> <p>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の二割です(居宅介護支援サービスの利用支払額はありせん)。</p> <p>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。</p>	<p>注意事項</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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に提出してください。</p> <p>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。</p>

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。

(裏面)

注意事項

一 この証によって指定介護福祉施設サービス及び短期入所生活介護(平成十八年四月一日からは、これらに地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護及び介護予防短期入所生活介護を加える。この証の表面において「特養等」という。)並びに介護保健施設サービス、指定介護療養施設サービス及び短期入所療養介護(同日からは、これらに介護予防短期入所療養介護を加える。この証の表面において「老健・療養等」という。)を利用する際に食事の提供を受け、又は居住若しくは滞在する場合には、この証の表面に記載する負担限度額が支払いの上限となります。

二 前号に規定するサービスを利用するときは、被保険者証とともに必ずこの証を特定介護保険施設等の窓口に提出してください。

三 被保険者の資格がなくなつたとき、認定の条件に該当しなくなつたとき又は負担限度額認定証の有効期限に至つたときは、遅滞なく、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。

四 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。

五 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。

(表面)

介護保険負担限度額認定証		
交付年月日 平成 年 月 日		
被 保 険 者	番 号	
	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日 性別 男・女
	適 用 年 月 日	平成 年 月 日から
	有 効 期 限	平成 年 月 日まで
	食費の負担限度額	円
	居住費又は滞在費の負担限度額	円 円 円 円 円
	ユニット型個室 ユニット型準個室 従来型個室(特養等) 従来型個室(老健・療養等) 多床室	
保 並 者 の 印	保 険 者 番 号 及 び 名 称	

備考

- この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。
- 必要があるときは、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えることその他所要の調整を加えることができること。

(裏面)

注意事項

一 この証によって指定介護福祉施設サービスを利用する際に食事の提供を受け、又は居住する場合には、この証の表面に記載する特定負担限度額が支払いの上限となります。

二 前号に規定するサービスを利用するときは、被保険者証とともに必ずこの証を特定介護老人福祉施設の窓口に提出してください。

三 被保険者の資格がなくなつたとき、認定の条件に該当しなくなつたとき、特定負担限度額認定証の有効期限に至つたとき又は特定介護老人福祉施設を退所したとき(引き続き、他の指定介護老人福祉施設に入所する場合を除く。)は、遅滞なく、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。

四 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。

五 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。

(表面)

介護保険特定負担限度額認定証 (特別養護老人ホームの要介護旧措置入所者に関する認定証)		
交付年月日 平成 年 月 日		
被 保 険 者	番 号	
	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日 性別 男・女
	適 用 年 月 日	平成 年 月 日から
	有 効 期 限	平成 年 月 日まで
	食費の特定負担限度額	円
	居住費の特定負担限度額	円 円 円 円
	ユニット型個室 ユニット型準個室 従来型個室 多床室	
保 並 者 の 印	保 険 者 番 号 及 び 名 称	

備考

- この証の大きさは、縦128ミリメートル、横91ミリメートルとすること。
- 必要があるときは、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加えることその他所要の調整を加えることができること。

介護給付費請求書

平成 年 月 日

保険者 (別記) 殿
下記のとおり請求します。 平成 年 月 日

事業所番号											
請求事業所	名称										
	所在地										
	連絡先										

保険請求

区分	サービス費用				特定入所者介護サービス費等			
	件数	単位数・点数	費用合計	公費請求額	件数	費用合計	公費請求額	保険請求額
居宅サービス・施設サービス								
居宅介護支援								
合計								

公費請求

区分	サービス費用				特定入所者介護サービス費等		
	件数	単位数・点数	費用合計	公費請求額	件数	費用合計	公費請求額
12 生保 居宅サービス・施設サービス							
10 補核 34 条							
11 補核 35 条							
21 精神 32 条							
15 身体・更生							
19 医療・一般							
51 特定疾患等 治療研究							
57 障害者・支援措置							
81 被障害者助成							
85 被障害者管理							
87 有償仕事・緊急措置							
88 水俣病総合対策 メチル水俣							
合計							

備考 この用紙は、A列4番とすること。

(表面)

介護保険被保険者証

交付年月日 新・要介護状態区分等 認定年月日
認定の有効期間
被保険者番号 区分支給限度額
(期間)
(種類支給限度額)
氏名 審査会意見及び
サービスの種類の指定
生年月日 旧・要介護状態区分等 認定年月日
認定の有効期間
区分支給限度額
(期間)
性別
住所 給付制限
(内容)
(期間)
保険者番号
保険者名 印 居宅介護支援事業者 届出年月日
及びその事業所の名称

(裏面)

注意事項

- この証の交付を受けたときには、大切に保管してください。
- 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。
- 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の1割です。
- 被保険者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を市町村に返してください。
- この証の表面の記載事項に変更があったときは、14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。
- 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。
- 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、利用時支払額を3割とする措置等を受けることがあります。

介護保険施設等

種類	名称	入所 入院年月日	退所 退院年月日

- 備考
- 大きさは、縦54ミリメートル、横86ミリメートルとする。
 - プラスチックその他の材料を用い、使用に十分耐えうるものとする。
 - 内部に半導体集積回路を組み込むものとする。
 - 審査会意見及びサービスの種類の指定については、表面にはその有無を表示し、当該意見等の内容については、内部の半導体集積回路に記録するものとする。
 - 必要があるときは、横書きの文字を縦書きで表示することその他所要の変更又は調整を加えることができる。

様式第三 (附則第二条関係)

居宅サービス介護給付費明細書 (短期入所生活介護)

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 (7桁)			
	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 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		

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		入所年月日	平成		年		月		日
事業所番号	事業所名称		退所年月日	平成		年		月		日
短期入所 実日数										

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 回数	公費対象単位数	摘要
合計							

区分	保険分	公費分
①計画単位数		
②限度額管理対象単位数		
③限度額管理対象外単位数		
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利用費負担額 (円)		

サービス内容	サービスコード	管理費額(円)	負担限度額	日数	管理費(円)	戻り金	公費分 回数	公費分	利用費負担額
合計									
保険分 請求額(円)						公費分 請求額		公費分本人負担月額	

社会福祉法人等による 軽減額	軽減率	%	受領すべき利用者負担の総額 (円)	軽減額 (円)	軽減後利用者負担額 (円)	備考
21	短期入所生活介護サービス費					

教中 教目

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第二 (附則第二条関係)

居宅サービス介護給付費明細書 (訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与)

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 (7桁)			
	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 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		

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		開始年月日	平成		年		月		日
事業所番号	事業所名称		中止年月日	平成		年		月		日
中止理由 1.非該当 2.介護保険施設 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他										

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 回数	公費対象単位数	摘要
合計							

区分	保険分	公費分
①計画単位数		
②限度額管理対象単位数		
③限度額管理対象外単位数		
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利用費負担額 (円)		

サービス内容	サービスコード	管理費額(円)	負担限度額	日数	管理費(円)	戻り金	公費分 回数	公費分	利用費負担額
合計									
保険分 請求額(円)						公費分 請求額		公費分本人負担月額	

社会福祉法人等による 軽減額	軽減率	%	受領すべき利用者負担の総額 (円)	軽減額 (円)	軽減後利用者負担額 (円)	備考
11	訪問介護サービス費					
15	通所介護サービス費					

教中 教目

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第五 (附則第二条関係)

居宅サービス介護給付費明細書
(病院・診療所における短期入所療養介護)

公費負担番号		平成 年 月 分					
公費受給番号		保険番号					
被保険者 番号 (7桁)	氏名			事業所 番号 (7桁)	事業所 名称		
	生年月日				所在地		
	要介護 状態区分				連絡先		
	認定有効 期間				電話番号		
	要支援・1・2・3・4・5				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			入所年月日	平成 年 月 日	退所年月日	平成 年 月 日
	事業所番号	事業所名称	短期入所 実日数				

サービス内容	サービスコード	単位数	単位 日数	サービス単位数	公費分 単位数	公費対象単位数	摘要
合計							

傷病名	診断番号	門部	単位数	回数	保険分単位数	公費分単位数	公費分単位数	摘要
合計								

区分	保険分	公費分	保険分特定診療	公費分特定診療
①計画単位数				
②限度額管理対象単位数				
③限度額管理対象外単位数				
④給付単位数				
⑤単位数単価	円/単位	10円/単位	10円/単位	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)				

サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担程度	日数	費用(円)	保険分	公費分	利用料金
合計								
					保険分 請求額(円)	公費分 請求額		公費分本人負担金額

枚中 枚目

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第四 (附則第二条関係)

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)

公費負担番号		平成 年 月 分					
公費受給番号		保険番号					
被保険者 番号 (7桁)	氏名			事業所 番号 (7桁)	事業所 名称		
	生年月日				所在地		
	要介護 状態区分				連絡先		
	認定有効 期間				電話番号		
	要支援・1・2・3・4・5				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			入所年月日	平成 年 月 日	退所年月日	平成 年 月 日
	事業所番号	事業所名称	短期入所 実日数				

サービス内容	サービスコード	単位数	単位 日数	サービス単位数	公費分 単位数	公費対象単位数	摘要
合計							

緊急時 傷病名	診断 番号	緊急時治療 開始年月日	緊急時治療 終了年月日	①平成 ②平成 ③平成	年 月 日	年 月 日	年 月 日	日 日 日
緊急時治療管理(再掲)	単位	単位×		日				
1-6-17-7-7-7	点	摘要						
処置	点							
手術	点							
療養	点							
放射線治療	点							
合計	点							

区分	保険分	公費分	保険分特定診療	公費分特定診療
①計画単位数				
②限度額管理対象単位数				
③限度額管理対象外単位数				
④給付単位数				
⑤単位数単価	円/単位	10円/点	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)				

サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担程度	日数	費用(円)	保険分	公費分	利用料金
合計								
					保険分 請求額(円)	公費分 請求額		公費分本人負担金額

枚中 枚目

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第九 (附則第二条関係)

施設サービス等介護給付費明細書 (介護老人保健施設)																			
公費負担者番号					平成 年 月 日														
公費受給者番号					保険者番号														
被保険者	被保険者番号 (7桁*)				事業所番号														
	氏名				事業所名称														
	生年月日				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														
	氏名				所在地														
	生年月日				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														
入所年月日					退所年月日					入所滞日数					外泊日数				
主治医										退所後の状況									
										1. 帰宅 2. 介護保険施設 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他									
給付説明欄	サービス内容		サービスコード		単位数		点数		サービス単位数		公費負担率		公費対象単位数		摘要				
	合計																		
緊急時治療費		緊急時治療名		緊急時治療開始年月日		①平成		②平成		③平成		平成		平成		日			
		緊急時治療管理(階層)		単位		単位×		日											
特定治療		心臓リハビリ		点		摘要													
		処置		点															
		手術		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利用費負担額(円)																			
特定入所者介護サービス費		サービス内容		サービスコード		費用単価(円)		利用回数		日数		費用額(円)		保険分		公費分		利用費負担額	
		合計																	
社会福祉法人等による		軽減率		%		受領すべき利用者負担の総額(円)		軽減額(円)		軽減後利用者負担額(円)		備考							
軽減額		51		施設介護サービス費															
枚中 枚目																			

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第八 (附則第二条関係)

施設サービス等介護給付費明細書 (介護老人福祉施設)																			
公費負担者番号					平成 年 月 日														
公費受給者番号					保険者番号														
被保険者	被保険者番号 (7桁*)				事業所番号														
	氏名				事業所名称														
	生年月日				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														
	氏名				所在地														
	生年月日				性別		1. 男 2. 女												
	要介護状態区分				1. 無 2. 有														
	認定有効期間				平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで														
入所年月日					退所年月日					入所滞日数					外泊日数				
主治医										退所後の状況									
										1. 帰宅 2. 介護保険施設 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他									
給付説明欄	サービス内容		サービスコード		単位数		点数		サービス単位数		公費負担率		公費対象単位数		摘要				
	合計																		
請求集計欄		区分		保険分		公費分		①単位数合計		②単位数単価		③給付率		④請求額(円)		⑤利用費負担額(円)			
								円/単位		/100		/100							
特定入所者介護サービス費		サービス内容		サービスコード		費用単価(円)		利用回数		日数		費用額(円)		保険分		公費分		利用費負担額	
		合計																	
社会福祉法人等による		軽減率		%		受領すべき利用者負担の総額(円)		軽減額(円)		軽減後利用者負担額(円)		備考							
軽減額		51		施設介護サービス費															
枚中 枚目																			

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第十 (附則第二条関係)

施設サービス等介護給付費明細書
(介護療養型医療施設)

公費負担番号										平成 年 月 日							
公費受給番号										保険番号							
被保険者	被保険者番号									請求事業者	事業所番号						
	(7桁)										事業所名称						
	氏名										所在地						
	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										連絡先	電話番号					
認定有効期間	平成	年	月	日	から	平成	年	月	日	まで							
入院年月日	平成	年	月	日	退院年月日	平成	年	月	日	入院日数	外泊日数						
主治科		通院後の状況										1. 帰宅	2. 介護付施設	3. 医療機関入院	4. 死亡	5. その他	
給付費明細額	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	公費負担率	公費対象単位数	摘要									
	合計																
	特定診療費	傷病名															
診断番号		内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	備考									
合計																	
請求額集計額	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											
	③給付率			/100		/100											
	④請求額(円)																
⑤利用者負担額(円)																	
特定入所費介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	単位数	回数	費用(円)	区分	公費率	公費分	利用者負担額							
	合計																
	<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: right;">保険分請求額(円)</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: right;">公費分請求額</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 5%; text-align: right;">公費分単位数</td> </tr> </table>													保険分請求額(円)		公費分請求額	
	保険分請求額(円)		公費分請求額		公費分単位数												
<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%; text-align: right;">枚中 枚目</td> </tr> </table>													枚中 枚目				
	枚中 枚目																

備考 この用紙は、A列4番とすること。