

様式第一 (附則第二条関係) (案)

| | | | | |
|----|--|---|--|----|
| 平成 | | 年 | | 月分 |
|----|--|---|--|----|

介護給付費請求書

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 | 電話番号 | | | | | | | | | | |

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 | 保険 請求額 | 公費 請求額 | 利用者 負担 | 件数 | 費用 合計 | 利用者 負担 | 公費 請求額 | 保険 請求額 |
| 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等 | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援・ 介護予防支援 | | | | | | | | | | | |
| 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・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等 | | | | | | | |
| 生 保 居宅介護支援・ 介護予防支援 | | | | | | | |
| 10 結核 34 条 | | | | | | | |
| 11 結核 35 条 | | | | | | | |
| 21 精神 32 条 | | | | | | | |
| 15 身障・更生 | | | | | | | |
| 19 原爆・一般 | | | | | | | |
| 51 特定疾患等 治療研究 | | | | | | | |
| 57 障害者・支援措置 | | | | | | | |
| 81 被爆者助成 | | | | | | | |
| 86 被爆体験者 | | | | | | | |
| 87 有機ヒ素・緊急措置 | | | | | | | |
| 88 水俣病総合対策 メチル水銀 | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | |

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第二の一（附則第二条関係）（案）

居宅サービス・地域密着型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・夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護）

| | | | | | | | | |
|---------|--|-------|--|---|--|---|--|---|
| 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 | |
| | (フリガナ) | |
| | 氏名 | |
| | 生年月日 | 1.明治 2.大正 3.昭和 年 月 日 性別 1.男 2.女 |
| | 要介護状態区分 | 経過的要介護・要介護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 3. 介護予防支援事業者作成 | | |
| | 事業所番号 | | 事業所名称 |

| | | | | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|-------|----|---|---|---|
| 開始年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 中止年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 中止理由 | 1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院 | | | | | | | | |

| 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 |
|--------|---------|-----|----|---------|-------|---------|----|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--------|-----------------------|---|------|---|------|---|------------|----|
| 請求額集計欄 | ①サービス種類コード /②名称 | | | | | | | |
| | ③サービス実日数 | 日 | 日 | 日 | 日 | | | |
| | ④計画単位数 | | | | | | | |
| | ⑤限度額管理対象単位数 | | | | | | | |
| | ⑥限度額管理対象外単位数 | | | | | | 給付率 (/100) | |
| | ⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) +⑥ | | | | | | 保険 | |
| | ⑧公費分単位数 | | | | | | 公費 | |
| | ⑨単位数単価 | ▲ | 円/単位 | ▲ | 円/単位 | ▲ | 円/単位 | 合計 |
| | ⑩保険請求額 | | | | | | | |
| | ⑪利用者負担額 | | | | | | | |
| | ⑫公費請求額 | | | | | | | |
| | ⑬公費分本人負担 | | | | | | | |

| 社会福祉法人等による軽減欄 | 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 | | | | | |
| | 15 | 通所介護 | | | | | |
| | 71 | 夜間対応型訪問介護 | | | | | |
| | 72 | 認知症対応型通所介護 | | | | | |

枚中 枚目

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第二の二（附則第二条関係）（案）

介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書

（介護予防訪問介護・介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防居宅療養管理指導・介護予防通所介護・介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護）

| | | | | | | | | |
|---------|--|-------|--|---|--|---|--|---|
| 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 | | | | | | | | | | |
| | (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 | | | |
| | 要支援状態区分 | 要支援1・要支援2 | | | | | | | | | |
| 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 | 〒 | | | | | | ー | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | | | | | | |

| | | | |
|------------|----------------|-------------|----------------|
| 介護予防サービス計画 | 1. 居宅介護支援事業者作成 | 2. 被保険者自己作成 | 3. 介護予防支援事業者作成 |
| | 事業所番号 | | 事業所名称 |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|---|--|---|--|---|--|---|-------|----|--|---|--|---|--|---|
| 開始年月日 | 平成 | | 年 | | 月 | | 日 | 中止年月日 | 平成 | | 年 | | 月 | | 日 |
| 中止理由 | 1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院 | | | | | | | | | | | | | | |

| 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 | 公費分回数 | 公費対象単位数 | 摘要 | |
|--------|--------|---------|-----|----|---------|-------|---------|----|--|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--------|-----------------------|--|---|------|---|------|---|------|------------|------|
| 請求額集計欄 | ①サービス種類コード /②名称 | | | | | | | | | |
| | ③サービス実日数 | | 日 | | 日 | | 日 | | 日 | |
| | ④計画単位数 | | | | | | | | | |
| | ⑤限度額管理対象単位数 | | | | | | | | | |
| | ⑥限度額管理対象外単位数 | | | | | | | | 給付率 (/100) | |
| | ⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) +⑥ | | | | | | | | 保険 | |
| | ⑧公費分単位数 | | | | | | | | 公費 | |
| | ⑨単位数単価 | | ▲ | 円/単位 | ▲ | 円/単位 | ▲ | 円/単位 | ▲ | 円/単位 |
| | ⑩保険請求額 | | | | | | | | | |
| | ⑪利用者負担額 | | | | | | | | | |
| | ⑫公費請求額 | | | | | | | | | |
| | ⑬公費分本人負担 | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---------------|-----|----------------|---|---|-------------------|---------|---------------|----|
| 社会福祉法人等による軽減欄 | 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 |
| | 61 | 介護予防訪問介護 | | | | | | |
| | 65 | 介護予防通所介護 | | | | | | |
| | 74 | 介護予防認知症対応型通所介護 | | | | | | |

枚中 枚目

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第三の二（附則第二条関係）（案）

介護予防サービス介護給付費明細書
（介護予防短期入所生活介護）

| | | | | | | |
|---------|--|-------|--|---|--|----|
| 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 | |
| | (フリガナ) | |
| | 氏名 | |
| | 生年月日 | 1.明治 2.大正 3.昭和 年 月 日 性別 1.男 2.女 |
| | 要支援状態区分 | 要支援1・要支援2 |
| 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 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|--|-------|----|--|---|--|---|--|-------|----------|--|---|--|---|--|---|
| 介護予防サービス計画 | 1.居宅介護支援事業者作成 2.被保険者自己作成 3.介護予防支援事業者作成 | 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 | | | | | | |

| 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 | | | | | | | | |

| 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利用者負担額（円） | | |

| 特定入所者介護予防サービス費 | サービス内容 | サービスコード | 費用単価(円) | 負担限度額 | 日数 | 費用額(円) | 保険分 | 公費日数 | 公費分 | 利用者負担額 | |
|----------------|--------|---------|---------|-------|----|--------|---------------|------|------------|-----------|--|
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | 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欄 | 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 |
| | 24 | | 介護予防短期入所生活介護 | | | |

枚中 枚目

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第五の一（附則第二条関係）（案）

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 | 経過的要介護・要介護 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 3.介護予防支援事業者作成 | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|-----------------------|------|----|-----|----|--------|------|--------|----|
| 特 定 診 療 費 | 傷病名 | | | | | | | |
| | 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 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | 合計 | | | | | | |

| 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 |
| ⑥給付率 | /100 | /100 | /100 | /100 |
| ⑦請求額（円） | | | | |
| ⑧利用者負担額（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) | 負担限度額 | 日数 | 費用額(円) | 保険分 | 公費日数 | 公費分 | 利用者負担額 |
|--|--------|---------|---------|-------|----|--------|---------------|------|------------|-----------|
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | 合計 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | 保険分 請求額(円) | | 公費分 請求額 | 公費分本人負担月額 |

| | |
|--|----|
| | 枚中 |
| | 枚目 |

備考 この用紙は、A列4番とすること。

