

平成 24 年 4 月制度改正にかかる請求明細書の記載例について

| 項番 | ポイント | サービス種類 | 記載例概要 | 記載例の様式 |
|------|-------------------|--------------------------|---------------------------------|--------|
| (1) | 新サービスの追加 | 定期巡回・随時対応型訪問 介護看護 | 新サービス種類 (様式変更なし) | 様式第二 |
| (2) | 新サービスの追加 | 複合型サービス | 新サービス種類 (様式変更なし) | 様式第二 |
| (3) | 新サービスの追加 | 特定施設入居者生活介護 (短期利用) | 新サービス種類 (新様式) | 様式第六の七 |
| (4) | 所定疾患施設療養費欄の 追加 | 介護老人保健施設 | 所定疾患施設療養費がある場合 | 様式第九 |
| (5) | 介護職員処遇改善加算 | 居宅サービス | 居宅サービスの場合 | 様式第二 |
| (6) | 介護職員処遇改善加算 | 短期入所サービス | 短期入所サービスの場合 | 様式第四 |
| (7) | 介護職員処遇改善加算 | 認知症対応型共同生活介護 (短期利用以外) | 認知症対応型共同生活介護の場合 | 様式第六 |
| (8) | 介護職員処遇改善加算 | 特定施設入居者生活介護 (短期利用以外) | 特定施設入居者生活介護 (一般型) の場 合 | 様式第六の三 |
| (9) | 介護職員処遇改善加算 | 特定施設入居者生活介護 (短期利用以外) | 特定施設入居者生活介護 (外部サービス 利用型) の場合 | 様式第六の三 |
| (10) | 介護職員処遇改善加算 | 施設サービス | 施設サービスの場合 | 様式第九 |

(1) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供した場合の記載内容。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|---|---|-------------|---|---|---|---|---|-------|----|---|---|-------|--------------|--|---|--|
| 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 | 4 | 8 | 7 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 事業所名称 | XXX居宅介護支援事業所 | | | |
| 開始年月日 | 平成 | 2 | 4 | 年 | 4 | 月 | 1 | 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 | 回数日数 | サービス単位数 | 公費分回数等 | 公費対象単位数 | 摘要 |
|--------|--------|--------------|-------------|------|---------|-----------|---------|----|
| | | 定期巡回随時 I 2 2 | 7 6 1 2 2 1 | | 1 | 1 3 9 2 0 | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| 請求額集計欄 | ①サービス種類コード /②名称 | 7 6 | 定期巡回随時 | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|-----------------------|-------------|--------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|--|-------------|-----|
| | ③サービス実日数 | 2 0 | 日 | | 日 | | 日 | | | | | | | | | | |
| | ④計画単位数 | 1 3 9 2 0 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑤限度額管理対象単位数 | 1 3 9 2 0 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | 1 3 9 2 0 | | | | | | | | | | | | | | 保険 | 9 0 |
| | ⑧公費分単位数 | | | | | | | | | | | | | | | 公費 | |
| | ⑨単位数単価 | 1 0 0 0 | 円/単位 | | 円/単位 | | 円/単位 | | 円/単位 | | 円/単位 | | 円/単位 | | | 合計 | |
| | ⑩保険請求額 | 1 2 5 2 8 0 | | | | | | | | | | | | | | 1 2 5 2 8 0 | |
| | ⑪利用者負担額 | 1 3 9 2 0 | | | | | | | | | | | | | | 1 3 9 2 0 | |
| | ⑫公費請求額 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑬公費分本人負担 | | | | | | | | | | | | | | | | |

注：

【居宅サービス計画欄】

定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスについては、居宅介護支援事業所が給付管理票を作成し、国保連合会へ提出する。

その場合、居宅サービス計画作成区分は「1：居宅介護支援事業所作成」とする。

【給付費明細欄】

定期巡回・随時対応型訪問介護看護などの月額報酬サービスの場合、単位数欄には記載しない。

【請求額集計欄】

サービス実日数には1月の間に定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供した日数を記載する。(本事例は1月の間に20日間サービスを提供した場合の記載例)

(2) 複合型サービスを提供した場合の記載内容。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|----|-------------|-------|------------|--|--|---|--|--|---|--|--|
| 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 | 9 | 8 | 9 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 事業所名称 | 複合型サービス事業所 | | | | | | | | |
| 開始年月日 | 平成 | 2 | 4 | 年 | 4 | 月 | 1 | 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所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 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 | | | | | | | | |
|--------|--------|----------|---|---|---|---|---|---|--|--|--|-----|--|--|--|------|---------|---|---|---|--------|---------|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | 複合型サービス5 | 7 | 7 | 1 | 1 | 5 | 1 | | | | | | | | 1 | 3 | 1 | 9 | 3 | 4 | | | | | | | | | | | | | |

| 請求額集計欄 | ①サービス種類コード /②名称 | 7 | 7 | 複合型 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|-----------------------|---|---|-----|---|------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|-----------|-------------|--|
| | ③サービス実日数 | 1 | 0 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ④計画単位数 | 3 | 1 | 9 | 3 | 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑤限度額管理対象単位数 | 3 | 1 | 9 | 3 | 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑥限度額管理対象外単位数 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 給付率 (100) | | |
| | ⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) +⑥ | 3 | 1 | 9 | 3 | 4 | | | | | | | | | | | | 保険 9 0 | | |
| | ⑧公費分単位数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 公費 | |
| | ⑨単位数単価 | 1 | 0 | 0 | 0 | 円/単位 | | | | | | | | | | | | 円/単位 | 合計 | |
| | ⑩保険請求額 | 2 | 8 | 7 | 4 | 0 | 6 | | | | | | | | | | | | 2 8 7 4 0 6 | |
| | ⑪利用者負担額 | 3 | 1 | 9 | 3 | 4 | | | | | | | | | | | | 3 1 9 3 4 | | |
| | ⑫公費請求額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑬公費分本人負担 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

給付管理票 (平成24年 4月分)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|---|---|---|---|-----|-------|------------------------|---|---|-----------------------|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|
| 保険者番号 | | | | | | | | | | 保険者名 | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 6 | A 保険者 | | | | | | | | | | | | | |
| 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 カイゴ タロウ 介護 太郎 | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | | 性別 | | 要支援・要介護状態区分 | | | | | | | | | | | | |
| 明・大・昭 12年 3月 4日 | | | | | 男・女 | | 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 | | | | | | | | | | | | |
| 居宅サービス・介護予防サービス支給限度基準額 | | | | | | | | | | 限度額適用期間 | | | | | | | | | |
| 35,830 単位/月 | | | | | | | | | | 平成 24年 4月 | | | | | ~ 平成 24年 9月 | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------|------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|
| 作成区分 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護/介護予防支援事業所番号 | | 9 | 8 | 9 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | | | | | | |
| 担当介護支援専門員番号 | | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | | | | | | | | |
| 居宅介護/介護予防支援事業者の事業所名 | | 複合型サービス事業所 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支援事業者の事業所所在地及び連絡先 | | 事業所所在地 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 委託した場合 | 委託先の支援事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 介護支援専門員番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 居宅サービス・介護予防サービス | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------------------------|---------|-----------|---------|---|---|---|---|---|
| サービス事業者の事業所名 | 事業所番号 (県番号-事業所番号) | | | | | | | | | | 指定/基準該当/ 地域密着型 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 | | | | | |
| 複合型サービス事業所 | 9 | 8 | 9 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 指定・基準該当・ 地域密着 | 複合型サービス | 7 | 7 | 3 | 1 | 9 | 3 | 4 |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 指定・基準該当・ 地域密着 | | | | | | | | |
| 合計 | | | | | | | | | | | | | | 3 | 1 | 9 | 3 | 4 | |

注：

【居宅サービス計画欄】

複合型サービスについては、居宅介護支援事業所ではなく、複合型サービス事業所が給付管理票を作成して、国保連合会へ提出する。

その場合、居宅サービス計画作成区分は「1：居宅介護支援事業所作成」とする。

なお、居宅介護支援費の報酬は複合型サービスに含まれていることから、別途居宅介護支援介護給付費明細書（様式第七）による居宅介護支援費の報酬を請求することはできない。

（小規模多機能型居宅介護と同様の取扱い）

※複合型サービスの給付管理票作成者については13ページを参照

【給付費明細欄】

複合型サービスなどの月額報酬サービスの場合、単位数欄には記載しない。

複合型サービスの場合、摘要欄に看護、通所、訪問、宿泊のサービスを提供した日数を、2桁の数字で続けて記載すること。（本事例では、看護サービスを4日間、通所サービスを1日間、訪問サービスを3日間、宿泊サービスを2日間提供した場合の記載例）

【請求額集計欄】

サービス実日数には1月の間に複合型サービスを提供した日数を記載する。（本事例は1月の間に10日間サービスを提供した場合の記載例）

（3）特定施設入居者生活介護（短期利用）（様式第六の七）を提供した場合の記載内容。

| 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 |
|--------|-------------|---------|---|---|---|-----|---|---|----------|---------|---|---|---|------------|---------|---|--|--|----|
| | 短期特定施設生活介護4 | 2 | 7 | 1 | 1 | 4 | 1 | 7 | 6 | 8 | 1 | 0 | 7 | 6 | 8 | 0 | | | |
| | 合計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 7 | 6 | 8 | 0 | | | | |

| 請求額集計欄 | 区分 | 保険分 | | | | 公費分 | | | | | |
|--------|--------------|-----|---|---|------|------|---|--|--|--|--|
| | ①計画単位数 | | | 7 | 6 | 8 | 0 | | | | |
| | ②限度額管理対象単位数 | | | 7 | 6 | 8 | 0 | | | | |
| | ③限度額管理対象外単位数 | | | | | | 0 | | | | |
| | ④給付単位数 | | | 7 | 6 | 8 | 0 | | | | |
| | ⑤単位数単価 | 1 | 0 | 0 | 0 | 円/単位 | | | | | |
| | ⑥給付率 | | 9 | 0 | /100 | | | | | | |
| | ⑦請求額（円） | | 6 | 9 | 1 | 2 | 0 | | | | |
| | ⑧利用者負担額（円） | | | 7 | 6 | 8 | 0 | | | | |

(4) 介護老人保健施設（様式第九）のサービスにて、所定疾患施設療養費を算定する場合の記載内容。

| 給付費明細欄 | サービス内容 | | サービスコード | | 単位数 | | 回数 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 | | | | | |
|--------|----------------|--|---------|---|-----|---|----------------|---|---------|---|------------|---|---------|---|----|---|---|---|---|--|
| | ユ型保施Ⅲi3 | | 5 | 2 | 3 | 2 | 2 | 5 | 1 | 0 | 6 | 7 | 2 | 5 | 2 | 6 | 6 | 7 | 5 | |
| | 保健施設所定疾患施設療養費2 | | 5 | 2 | 6 | 1 | 0 | 0 | | 3 | 0 | 0 | | 7 | | 2 | 1 | 0 | 0 | |
| | 合計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|-----------|--------|---|----|---------------|-------------------|-------|---|---|--|---|---|--|---|---|
| 所定疾患施設療養費等 | 所定疾患施設療養費 | 傷病名 | ①尿路感染症 ② ③ | | 所定疾患施設療養開始年月日 | ①平成 ②平成 ③平成 | 2 | 4 | 年 | | 4 | 月 | | 1 | 日 |
| | | 単位（再掲） | 2100 | 単位 | 300 | 単位× | 7 | 日 | | | | | | | |
| | 緊急時治療管理 | 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 | | | 月 | | | 日 |
| | | 単位（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 | 〇〇処置 △回 ××点 薬剤名 □□□□□ 投薬 □□□□□ 検査△△ 注射×× 処置〇〇 | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | |

| 特別療養費 | 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 | 摘要 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 合計 | | | | | | | | | | | | | | | |

| 請求額集計欄 | 区分 | 保険分 | | 公費分 | | 保険分特定治療・特別療養費 | | 公費分特定治療・特別療養費 | | | | | | | | |
|--------|------------|-----|---|------|---|---------------|----------|---------------|----------|---|------|---|--|--|--|--|
| | ①点数・単位数合計 | 2 | 8 | 7 | 7 | 5 | 2 | 8 | 7 | 7 | 5 | | | | | |
| | ②点数・単位数単価 | 1 | 0 | 0 | 0 | 円/単位 | 10円/点・単位 | | 10円/点・単位 | | | | | | | |
| | ③給付率 | 9 | 0 | /100 | 1 | 0 | 0 | /100 | | | /100 | | | | | |
| | ④請求額（円） | 2 | 5 | 8 | 9 | 7 | 5 | 2 | 8 | 7 | 7 | 5 | | | | |
| | ⑤利用者負担額（円） | | | 0 | | | 0 | | | | | | | | | |

注：

【給付費明細欄】

所定疾患施設療養費のサービスコード、単位数、回数日数、サービス単位数、公費分回数等、公費対象単位数を給付費明細欄に記入する。

【緊急時施設療養費・所定疾患施設療養費欄】【所定疾患施設療養費等欄】

所定疾患施設療養費の記載方法については以下表のとおり

| 項目 | 記載内容 | 備考 |
|-------------------|---|-------------------------------|
| 所定疾患施設療養費 傷病名 | 入所者が軽症の疾患を発症し、施設療養を行った場合に、その傷病名を記載する。 | 傷病名が3つを超える場合は、欄内に番号を補記して記載する。 |
| 所定疾患施設療養 開始年月日 | 所定疾患施設療養傷病名ごとの治療を開始した日付を「所定疾患施設療養費傷病名」に対応させて記載する。 | 傷病名が3つを超える場合は、欄内に番号を補記して記載する。 |
| 所定疾患施設療養費 (再掲) | 所定疾患施設療養費の合計単位数と一日あたりの所定の単位数、所定疾患施設療養を行った日数をそれぞれ記載する。(合計単位数=1日あたり単位数×所定疾患施設療養日数) | 給付費明細書欄に記載した内容の再掲 |
| 摘要 | 特定治療及び所定疾患施設療養費の内容について、処置名等、回数、点数及び使用した薬剤名等の内訳をリハビリテーションから放射線治療の項目との対応が明らかになるように、診療報酬明細書の記載方法に準じて記載する。 所定疾患施設療養費の内容について、投薬、検査、注射、処置の内容が明らかになるように記載する。 | |

(5) 訪問介護（様式第二）のサービスにて、介護職員処遇改善加算を算定する場合の記載内容。

| | 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 | | | | |
|--------|-------------|---|---------|---|---|---|-----|----|---------|-----------|---------|----|---|---|---|---------------|
| | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 5 | 4 | 1 | 0 | 2 | 5 | 4 | 0 | |
| 給付費明細欄 | 身体介護1 | | | | | | 2 | 5 | 4 | 1 | 0 | 2 | 5 | 4 | 0 | |
| | 身体介護3 | | | | | | 5 | 8 | 4 | 1 | 0 | 5 | 8 | 4 | 0 | |
| | 訪問介護処遇改善加算I | | | | | | 3 | 3 | 5 | | | 3 | 3 | 5 | | |
| | 自動排泄処理装置貸与 | | | | | | | | | | | 3 | 0 | 0 | 0 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | 49123456789XX |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|-------------------------|---|---|------|---|------|--------|---|---|---|------|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 請求額集計欄 | ①サービス種類コード /②名称 | 1 | 1 | 訪問介護 | 1 | 7 | 福祉用具貸与 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ③サービス実日数 | 2 | 0 | 日 | 3 | 0 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ④計画単位数 | | | 8 | 3 | 8 | 0 | | | | | 3 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | |
| | ⑤限度額管理対象単位数 | | | 8 | 3 | 8 | 0 | | | | | 3 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | |
| | ⑥限度額管理対象外単位数 | | | 3 | 3 | 5 | | | | | | 0 | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑦給付単位数（④⑤のうち 少ない数）+⑥ | | | 8 | 7 | 1 | 5 | | | | | 3 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | |
| | ⑧公費分単位数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑨単位数単価 | 1 | 0 | 0 | 0 | 円/単位 | 1 | 0 | 0 | 0 | 円/単位 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑩保険請求額 | | | 7 | 8 | 4 | 3 | 5 | | | | | | | | | 1 | 0 | 5 | 4 | 3 | 5 | | | | |
| | ⑪利用者負担額 | | | 8 | 7 | 1 | 5 | | | | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | 7 | 1 | 5 |
| | ⑫公費請求額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑬公費分本人負担 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注： 介護職員処遇改善加算の場合は、対象となるサービスコードの所定単位数の合計に所定の率を乗じ、小数点以下の四捨五入を行って算出した単位数を記載する。

【給付費明細欄＜計算式＞】

○訪問介護

（身体介護1、身体介護3）

サービス単位数

訪問介護限度額管理対象のサービス単位数の合計を記載

$$254 \times 10 = 2,540 \quad , \quad 584 \times 10 = 5,840$$

（訪問介護介護職員処遇改善加算（I））

サービス単位数

訪問介護介護職員処遇改善加算対象のサービス単位数の合計×40/1000

（小数点以下四捨五入）を記載

$$(2,540 + 5,840) \times 40/1000 = 335.2 \rightarrow 335$$

※サービス種類ごとの介護職員処遇改善加算の加算率は12ページを参照

○福祉用具貸与 福祉用具貸与は介護職員処遇改善加算の対象外

【請求額集計欄＜計算式＞】

介護職員処遇改善加算の単位数は限度額管理対象外単位数欄に記載する

⑤限度額管理対象単位数 $2,540 + 5,840 = 8,380$

⑥限度額管理対象外単位数 335

(6) 短期入所療養介護（様式第四）のサービスにて、介護職員処遇改善加算を記入する場合の記載内容。

| 給付費明細欄 | サービス内容 | | サービスコード | | | | 単位数 | | | | 回数 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 | | |
|------------|--------------|-------------------|---------|------|--------|----------------|--------|----|------|-------------------|----------------|-----------|------|---------------|----------|------------|---------|---|---|---|----|--|--|
| | ユ老短ⅢⅣⅢ・夜・未 | 2 | 2 | 4 | 5 | 1 | 6 | 1 | 1 | 0 | 7 | 3 | 0 | 3 | 3 | 2 | 1 | 0 | | | | | |
| | 老短緊急時治療管理2 | 2 | 2 | 6 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 3 | 1 | 5 | 0 | 0 | | | | | | | | |
| | 老短処遇改善加算Ⅰ | 2 | 2 | 6 | 1 | 0 | 4 | 4 | 2 | 4 | 1 | 4 | 2 | 4 | | | | | | | | | |
| 合計 | | | | | | | | | | | 3 5 1 3 4 | | | | | | | | | | | | |
| 緊急時施設療養費 | 緊急時 傷病名 | ①急性気管支炎 ② ③ | | | | 緊急時治療 開始年月日 | | | | ①平成 ②平成 ③平成 | 2 | 4 | 年 | 年 | 4 | 月 | 月 | 3 | 日 | 日 | | | |
| | 緊急時治療管理(再掲) | 1 | 5 | 0 | 0 | 単位 | 5 | 0 | 0 | 単位× | 3 | 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 | 3 | 医療 機関名 | A病院 | | | | 通院日数 | | | | | 医療 機関名 | | | | | | | | | | | |
| 特別療養費 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請求額集計欄 | 区分 | 保険分 | | | | 公費分 | | | | 保険分特定治療・特別療養費 | | | | 公費分特定治療・特別療養費 | | | | | | | | | |
| | ①計画単位数 | 2 | 6 | 7 | 5 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ②限度額管理対象単位数 | 3 | 3 | 2 | 1 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ③限度額管理対象外単位数 | 1 | 9 | 2 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ④給付点数・単位数 | 2 | 8 | 6 | 7 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑤点数・単位数単価 | 1 | 0 | 0 | 0 | 円/単位 | | | | | 10円/点・単位 | | | | 10円/点・単位 | | | | | | | | |
| | ⑥給付率 | 9 | 0 | /100 | | | | | /100 | | | | /100 | | | | | | | | | | |
| | ⑦請求額(円) | 2 | 5 | 8 | 0 | 6 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑧利用者負担額(円) | 2 | 8 | 6 | 7 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注： 介護職員処遇改善加算の場合は、各加算の対象となるサービスコードの所定単位数の合計に所定の率を乗じ、小数点以下の四捨五入を行って算出した単位数を記載する。限度額管理対象単位数が計画単位数を超過した場合は、超過分と超過分に係る介護職員処遇改善加算は保険給付の対象外となる。

【給付費明細欄＜計算式＞】

○短期入所療養介護

(ユ老短ⅢⅣⅢ・夜・未)

サービス単位数

短期入所療養介護限度額管理対象のサービス単位数の合計を記載

$$1,107 \times 30 = 33,210$$

(老短緊急時治療管理2)

サービス単位数

緊急時治療管理対象のサービス単位数の合計を記載

$$500 \times 3 = 1,500$$

(老短処遇改善加算(Ⅰ))

サービス単位数

短期入所療養介護介護職員処遇改善加算対象のサービス単位数の合計

× 15 / 1000 (小数点以下四捨五入) を記載

$$(26,750 + 1,500) \times 15/1000 = 423.75 \rightarrow 424$$

※サービス種類ごとの介護職員処遇改善加算の加算率は12ページを参照

※限度額管理対象単位数(33,210)と計画単位数(26,750)を比較し、少ない方を算出元とする。

【請求額集計欄＜計算式＞】

介護職員処遇改善加算の単位数は限度額管理対象外単位数欄に記載する

②限度額管理対象単位数 33,210

③限度額管理対象外単位数 1,500 + 424 = 1,924

(7) 認知症対応型共同生活介護（短期利用以外）（様式第六）のサービスにて、介護職員処遇改善加算を記入する場合の記載内容。

| 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 |
|--------|----------------|-------------|---------|----------|-----------|------------|---------|----|
| | 認知症共同生活介護 I 3 | 3 2 1 1 3 1 | 8 6 5 | 3 0 | 2 5 9 5 0 | | | |
| | 認知症対応型医療連携体制加算 | 3 2 1 6 0 0 | 3 9 | 3 0 | 1 1 7 0 | | | |
| | 認知症対応型処遇改善加算 I | 3 2 6 1 0 4 | 1 0 5 8 | 1 | 1 0 5 8 | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | 合計 | | | 2 8 1 7 8 | | | |

| 請求額集計欄 | 区分 | 保険分 | | | | | 公費分 | | | | |
|--------|-------------|-----|---|---|------|------|------|--|--|--|--|
| | ①単位数合計 | | 2 | 8 | 1 | 7 | 8 | | | | |
| | ②単位数単価 | 1 | 0 | 0 | 0 | 円/単位 | | | | | |
| | ③給付率 | | 9 | 0 | /100 | | /100 | | | | |
| | ④請求額 (円) | 2 | 5 | 3 | 6 | 0 | 2 | | | | |
| | ⑤利用者負担額 (円) | | 2 | 8 | 1 | 7 | 8 | | | | |

注： 介護職員処遇改善加算の場合は、各加算の対象となるサービスコードの所定単位数の合計に所定の率を乗じ、小数点以下の四捨五入を行って算出した単位数を記載する。

【給付費明細欄＜計算式＞】

○認知症対応型共同生活介護（短期利用以外）
（認知症共同生活介護 I 3）

サービス単位数 認知症対応型共同生活介護対象のサービス単位数の合計を記載
 $865 \times 30 = 25,950$

（認知症対応型医療連携体制加算）

サービス単位数 認知症対応型医療連携体制加算のサービス単位数の合計を記載
 $39 \times 30 = 1,170$

（認知症対応型処遇改善加算（I））

サービス単位数 認知症対応型共同生活介護介護職員処遇改善加算対象のサービス単位数の合計
 $\times 39 / 1000$ （小数点以下四捨五入）を記載
 $(25,950 + 1,170) \times 39 / 1000 = 1,057.68 \rightarrow 1,058$

※サービス種類ごとの介護職員処遇改善加算の加算率は12ページを参照

【請求額集計欄＜計算式＞】

介護職員処遇改善加算の単位数は単位数合計欄に記載する

①単位数合計 $25,950 + 1,170 + 1,058 = 28,178$

(8) 特定施設入居者生活介護（短期利用以外）（様式第六の三）のサービスにて、介護職員処遇改善加算を記入する場合の記載内容。

| 給付費明細欄 | サービス内容 | サービスコード | | | | | 単位数 | | 回数 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 | | | | |
|--------|--------------|---------|---|---|---|---|-----|---|----------------|---------|---|---|------------|---------|---|---|----|--|--|--|--|
| | 特定施設生活介護 3 | 3 | 3 | 1 | 1 | 3 | 1 | 7 | 0 | 0 | 3 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| | 特定施設夜間看護体制加算 | 3 | 3 | 1 | 1 | 6 | 0 | | 1 | 0 | 3 | 0 | | 3 | 0 | 0 | | | | | |
| | 特定施設処遇改善加算 I | 3 | 3 | 6 | 1 | 2 | 8 | 6 | 3 | 9 | | 1 | | 6 | 3 | 9 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 合計 | | | | | | | | | | 2 | 1 | 9 | 3 | 9 | | | | | |

| 請求額集計欄 | 区分 | 保険分 | | | | | 公費分 | | | | | |
|--------|-----------------|-----|---|---|------|------|-----|--|--|--|--|--|
| | ①外部利用型給付上限単位数 | | | | | | | | | | | |
| | ②外部利用型上限管理対象単位数 | | | | | | | | | | | |
| | ③外部利用型外単位数 | | | | | | | | | | | |
| | ④給付単位数 | | 2 | 1 | 9 | 3 | 9 | | | | | |
| | ⑤単位数単価 | 1 | 0 | 0 | 0 | 円/単位 | | | | | | |
| | ⑥給付率 | | 9 | 0 | /100 | | | | | | | |
| | ⑦請求額(円) | 1 | 9 | 7 | 4 | 5 | 1 | | | | | |
| | ⑧利用者負担額(円) | | 2 | 1 | 9 | 3 | 9 | | | | | |

注： 介護職員処遇改善加算の場合は、各加算の対象となるサービスコードの所定単位数の合計に所定の率を乗じ、小数点以下の四捨五入を行って算出した単位数を記載する。

【給付費明細欄<計算式>】

○特定施設入居者生活介護（短期利用以外）
（特定施設生活介護 3）

サービス単位数 特定施設入居者生活介護対象のサービス単位数の合計を記載
 $700 \times 30 = 21,000$

（特定施設夜間看護体制加算）

サービス単位数 特定施設夜間看護体制加算のサービス単位数の合計を記載
 $10 \times 30 = 300$

（特定施設処遇改善加算（I））

サービス単位数 特定施設入居者生活介護介護職員処遇改善加算対象のサービス単位数の合計
 $\times 30 / 1000$ （小数点以下四捨五入）を記載
 $(21,000 + 300) \times 30 / 1000 = 639$

※サービス種類ごとの介護職員処遇改善加算の加算率は 12 ページを参照

【請求額集計欄<計算式>】

特定施設入居者生活介護（短期利用以外）の一般型の場合、介護職員処遇改善加算の単位数は給付単位数欄に記載する

④給付単位数 $21,000 + 300 + 639 = 21,939$

(9) 特定施設入居者生活介護（短期利用以外）（様式第六の三）のサービスにて、外部サービス利用型指定特定施設に入居し、外部サービスを利用した場合の介護職員処遇改善加算を記入する場合の記載内容。

| 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 | | |
|--------|--------------|---|---------|---|---|---|-----|---|----------|---------|---|------------|---------|---|----|---|--|
| | 外部特定施設生活介護 | 3 | 3 | 1 | 2 | 0 | 1 | 8 | 6 | 3 | 0 | 2 | 5 | 8 | 0 | | |
| | 外部身体介護 5 | 3 | 3 | 1 | 3 | 1 | 5 | 4 | 5 | 0 | 1 | 5 | 6 | 7 | 5 | 0 | |
| | 外部通所介護 I 1 2 | 3 | 3 | 1 | 7 | 2 | 2 | 4 | 7 | 6 | 7 | 3 | 3 | 3 | 2 | | |
| | 特定施設処遇改善加算 I | 3 | 3 | 6 | 1 | 2 | 8 | 3 | 8 | 0 | 1 | 3 | 8 | 0 | | | |
| | 合計 | | | | | | | | | | 1 | 3 | 0 | 4 | 2 | | |

| 区分 | 保険分 | | | | | | 公費分 | | | |
|-----------------|-----|---|---|------|---|------|------|--|--|--|
| ①外部利用型給付上限単位数 | 1 | 9 | 0 | 9 | 1 | | | | | |
| ②外部利用型上限管理対象単位数 | 1 | 2 | 6 | 6 | 2 | | | | | |
| ③外部利用型外単位数 | | | 3 | 8 | 0 | | | | | |
| ④給付単位数 | 1 | 3 | 0 | 4 | 2 | | | | | |
| ⑤単位数単価 | 1 | 0 | 0 | 0 | | 円/単位 | | | | |
| ⑥給付率 | | 9 | 0 | /100 | | | /100 | | | |
| ⑦請求額 (円) | 1 | 1 | 7 | 3 | 7 | 8 | | | | |
| ⑧利用者負担額 (円) | 1 | 3 | 0 | 4 | 2 | | | | | |

注： 介護職員処遇改善加算の場合は、各加算の対象となるサービスコードの所定単位数の合計に所定の率を乗じ、小数点以下の四捨五入を行って算出した単位数を記載する。

【給付費明細欄＜計算式＞】

○特定施設入居者生活介護（短期利用以外）
（外部特定施設生活介護）

サービス単位数 特定施設入居者生活介護対象のサービス単位数を記載
86 × 30 = 2,580

（外部身体介護 5）

サービス単位数 特定施設入居者生活介護外部身体介護のサービス単位数を記載
450 × 15 = 6,750

（外部通所介護 I 1 2）

サービス単位数 特定施設入居者生活介護外部通所介護のサービス単位数を記載
476 × 7 = 3,332

（特定施設処遇改善加算（I））

サービス単位数 特定施設入居者生活介護介護職員処遇改善加算対象のサービス単位数の合計
× 30 / 1000（小数点以下四捨五入）を記載
(2,580 + 6,750 + 3,332) × 30 / 1000 = 379.86 → 380

※サービス種類ごとの介護職員処遇改善加算の加算率は12ページを参照

【請求額集計欄】

特定施設入居者生活介護（短期利用以外）の外部サービス利用型の場合、介護職員処遇改善加算の単位数は外部利用型外単位数欄に記載する

③外部利用型外単位数 380

(10) 介護老人保健施設(様式第九)のサービスにて、特別療養費が存在する場合の記載内容。

| 給付費明細欄 | サービス内容 | | サービスコード | | 単位数 | | 回数 回数 | サービス単位数 | | 公費分 回数等 | 公費対象単位数 | | 摘要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|----------------|-----------|-------------------|-------|--------|--------|----------|---------------------|-----|------------|---------|---------------|-----|---|---|----|---------------|---|---|------|--------|----|---|---|---|---|--------|---|---|---|---|
| | ユ型保施Ⅲi3 | | 5 | 2 | 3 | 2 | 2 | 5 | 1 | 0 | 6 | 7 | 3 | 0 | 3 | 2 | 0 | 1 | 0 | | | | | | | | | | | | |
| | 保健施設緊急時治療管理1 | | 5 | 2 | 9 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | | | 3 | 1 | 5 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | |
| | 保健施設所定疾患施設療養費1 | | 5 | 2 | 9 | 1 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | | | 7 | 2 | 1 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | |
| | 保健施設処遇改善加算(Ⅲ) | | 5 | 2 | 6 | 1 | 0 | 6 | 4 | 3 | 1 | | | 1 | | 4 | 3 | 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | | | | | | | | | | | | 3 | 6 | 0 | 4 | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| 所定疾患施設療養費等 | 所定疾患施設療養費 | 傷病名 | ①肺炎 ② ③ | | | | | 所定疾患施設療養開始年月日 | | | | | ①平成 | 2 | 4 | 年 | 4 | 月 | 1 | 日 | | | | | | | | | | | |
| | | 単位(再掲) | 2100 | 単位 | 3 | 0 | 0 | 単位× | 7 | 日 | ②平成 | | | 年 | | | 月 | | | 日 | | | | | | | | | | | |
| | 緊急時治療管理 | 傷病名 | ①急性気管支炎 ② ③ | | | | | 緊急時治療開始年月日 | | | | | ①平成 | 2 | 4 | 年 | 4 | 月 | 1 | 3 | 日 | | | | | | | | | | |
| | | 単位(再掲) | 1500 | 単位 | 5 | 0 | 0 | 単位× | 3 | 日 | ②平成 | | | 年 | | | 月 | | | 日 | | | | | | | | | | | |
| | 特定治療 | リハビリテーション | | | | | | 点 | 摘要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 処置 | | | | | | | 点 | ●●処置▲回×点薬剤名■■■■■■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術 | | | | | | | 点 | 投薬□□□□□検査△△注射××処置○○ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻酔 | | | | | | | 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 放射線治療 | | | | | | | 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | | | | | | 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 往診日数 | 3 | 医療機関名 | A病院 | | | | | 通院日数 | | 医療機関名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特別療養費 | 傷病名 | 意識障害、気道狭窄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0 | 9 | 薬剤管理指導 | 3 | 5 | 0 | 1 | 3 | 5 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 合計 | | | | | | | | 3 | 5 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請求額集計欄 | 区分 | 保険分 | | | | | 公費分 | | | | | 保険分特定治療・特別療養費 | | | | | 公費分特定治療・特別療養費 | | | | | | | | | | | | | | |
| | ①点数・単位数合計 | 3 | | | | | 6 | 0 | 4 | 1 | | | | | | 3 | | | | | 5 | 0 | | | | | | | | | |
| | ②点数・単位数単価 | 1 | | | | | 0 | 1 | 4 | 円/単位 | | | | | | 10 | | | | | 円/点・単位 | 10 | | | | | 円/点・単位 | | | | |
| | ③給付率 | 9 | | | | | 0 | /100 | | | | | | 9 | | | | | 0 | /100 | | | | | | | | | | | |
| | ④請求額(円) | 3 | | | | | 2 | 8 | 9 | 0 | 9 | | | | | | 3 | | | | | 1 | 5 | 0 | | | | | | | |
| | ⑤利用者負担額(円) | 3 | | | | | 6 | 5 | 4 | 6 | | | | | | 3 | | | | | 5 | 0 | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 保健施設ユニット型個室 | 5 | 9 | 5 | 2 | 2 | 1 | 1 | 9 | 7 | 0 | 1 | 6 | 4 | 0 | 3 | 0 | 5 | 9 | 1 | 0 | 0 | 9 | 9 | 0 | 0 | 4 | 9 | 2 | 0 | 0 |
| | 合計 | | | | | | | | | | | 5 | 9 | 1 | 0 | 0 | | | | | | 4 | 9 | 2 | 0 | 0 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | 保険分請求額(円) | 9 | 9 | 0 | 0 | 公費分請求額 | | | | | | | | | | | | | | |

注： 介護職員処遇改善加算の場合は、加算の対象となる全てのサービスコード(特定治療・特別療養費を含む)の所定単位数の合計に所定の率を乗じ、小数点以下の四捨五入を行って算出した単位数を記載する。

介護職員処遇改善加算(Ⅱ)又は(Ⅲ)の場合、前述の単位数に更に所定の率を乗じ、小数点以下の四捨五入を行って算出した単位数を記載する。

【給付費明細欄<計算式>】

○介護老人保健施設

(ユ型保施Ⅲi3)

サービス単位数 介護老人保健施設対象のサービス単位数を記載
 $1,067 \times 30 = 32,010$

(保健施設緊急時治療管理1)

サービス単位数 保健施設緊急時治療管理1のサービス単位数を記載
 $500 \times 3 = 1,500$

(保健施設所定疾患施設療養費1)

サービス単位数 保健施設所定疾患施設療養費1のサービス単位数を記載
 $300 \times 7 = 2,100$

(次ページへつづく)

(保健施設処遇改善加算 (Ⅲ))

サービス単位数

介護老人保健施設介護職員処遇改善加算対象のサービス単位数の合計
 $\times 15 / 1000$ (小数点以下四捨五入) を記載
 $(32,010 + 1,500 + 2,100 + 350)$

$$\times 15/1000 = 539.4 \rightarrow 539$$

$$539 \times 80/100 = 431.2 \rightarrow 431$$

※薬剤管理指導は介護職員処遇改善加算の対象であるため、算定に含まれる

※サービス種類ごとの介護職員処遇改善加算の加算率は以下を参照

【請求額集計欄<計算式>】

介護職員処遇改善加算の単位数は点数・単位数合計欄に記載する

$$\textcircled{1} \text{ 点数} \cdot \text{単位数合計 } 32,010 + 1,500 + 2,100 + 431 = 36,041$$

<参考1> サービス種類ごとの介護職員処遇改善加算の加算率

| サービス種類 | 介護職員処遇改善加算 | | |
|-----------------------|------------|--------------|--------------|
| | I | II | III |
| (介護予防) 訪問介護 | 4.0% | Iの 90/100 | Iの 80/100 |
| (介護予防) 訪問入浴介護 | 1.8% | | |
| (介護予防) 通所介護 | 1.9% | | |
| (介護予防) 通所リハビリテーション | 1.7% | | |
| (介護予防) 短期入所生活介護 | 2.5% | | |
| (介護予防) 短期入所療養介護 (老健) | 1.5% | | |
| (介護予防) 短期入所療養介護 (病院等) | 1.1% | | |
| (介護予防) 特定施設入居者生活介護 | 3.0% | | |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 4.0% | | |
| 夜間対応型訪問介護 | 4.0% | | |
| (介護予防) 認知症対応型通所介護 | 2.9% | | |
| (介護予防) 小規模多機能型居宅介護 | 4.2% | | |
| (介護予防) 認知症対応型共同生活介護 | 3.9% | | |
| 地域密着型特定施設入居者生活介護 | 3.0% | | |
| 地域密着型介護老人福祉施設 | 2.5% | | |
| 複合型サービス | 4.2% | | |
| 介護老人福祉施設 | 2.5% | | |
| 介護老人保健施設 | 1.5% | | |
| 介護療養型医療施設 | 1.1% | | |

<参考2> 複合型サービスの給付管理票の作成者について

| 項番 | パターン | 給付管理票提出 (※) | サービス計画費請求 |
|----|---|----------------|-----------|
| 1 | <p>月を通じて複合型サービス事業所が給付管理業務を行う場合</p> | 複合型サービス事業所 | 請求しない |
| 2 | <p>月の途中まで居宅支援事業所が、月の途中から複合型サービス事業所が給付管理業務を行う場合</p> | 居宅支援事業所 | 居宅支援事業所 |
| 3 | <p>月の途中まで複合型サービス事業所が、月の途中から居宅支援事業所が給付管理業務を行う場合</p> | 居宅支援事業所 | 居宅支援事業所 |
| 4 | <p>月の途中まで小規模多機能型居宅介護事業所が、月の途中から複合型サービス事業所が給付管理業務を行う場合 <u>(※2)</u></p> | 複合型サービス事業所 | 請求しない |
| 5 | <p>月の途中まで複合型サービス事業所が、月の途中から小規模多機能型サービス事業所が給付管理業務を行う場合</p> | 小規模多機能型居宅介護事業所 | 請求しない |

(※) 給付管理票の作成者は、その月内の全サービスに係る給付管理を行う。