

# 介護保険 受給者情報異動連絡票 (例)

2012年 4月 1日 ( 1 頁)

保険者名
〇〇市

証記載保険者 番号
9 0 0 0 0 0

被保険者番号
0 0 0 0 0 0 0 0 0 1

異動年月日
年号 年 月 日
平成 2 4 0 4 0 1

異動区分
1:新規 2:変更 3:終了

異動事由
0 1

被保険者氏名 (カナ)	生年月日	性別
シ ュ キ ユ ウ シ ャ 1	年号 年 月 日	1:男 2:女
	昭和 3 0 0 1 0 1	

[資格]	
資格取得年月日	資格喪失年月日
年号 年 月 日	年号 年 月 日
平成 2 0 0 4 0 1	

[要介護認定]

みなし 区分	要介護 状態区分	有効期間開始年月日	有効期間終了年月日
	0 1	年号 年 月 日	年号 年 月 日

公費負担 上限額減額
---------------

[支給限度基準額]

区分	支給限度 基準額	上限管理適用開始年月日	上限管理適用終了年月日
支給限度基準額 (旧訪問通所)		年号 年 月 日	年号 年 月 日
(旧短期入所)			

[居宅サービス計画届出]

計画作成区分	居宅介護 支援事業所番号	適用開始年月日	適用終了年月日
		年号 年 月 日	年号 年 月 日

[利用者・旧措置利用者負担]

減免 中区分	利用者 負担区分	給付率	適用開始年月日	適用終了年月日
			年号 年 月 日	年号 年 月 日

[標準負担・特定標準負担]

標準負担 区分	負担額	適用開始年月日	適用終了年月日
		年号 年 月 日	年号 年 月 日

[償還払化]

償還払化開始年月日	償還払化終了年月日
年号 年 月 日	年号 年 月 日

[給付上の措置]

給付率引下げ開始年月日	給付率引下げ終了年月日
年号 年 月 日	年号 年 月 日

[申請情報]

申請種別	変更申請 中区分	申請年月日
		年号 年 月 日

[特定入所者介護サービス]

認定申請 中区分	サービス 区分	特例減額 措置対象	食費負担 限度額	居住費負担限度額				適用開始年月日	適用終了年月日	
				ユニット個室	ユニット準個室	従来型個室 (特)	従来型個室 (老・療)	多床室	年号 年 月 日	年号 年 月 日

[老人保健受給者]

広域(政令市) 保険者番号	老人保健 市町村番号	老人保健 受給者番号

[社会福祉法人軽減情報]

軽減率	軽減率適用開始年月日	軽減率適用終了年月日
	年号 年 月 日	年号 年 月 日

[二次予防事業]

対象 区分	有効期間開始年月日	有効期間終了年月日
2	平成 2 4 0 4 0 1	

[後期高齢者医療資格]

保険者番号 (後期)	被保険者番号 (後期)

[国民健康保険資格]

保険者番号 (国保)	被保険者証番号 (国保)	個人番号 (国保)

### 介護保険 受給者情報訂正連絡票 (例)

2012年 4月 1日 ( 1 頁)

保険者名
〇〇市

証記載保険者番号
9 0 0 0 0 0

被保険者番号
0 0 0 0 0 0 0 0 0 1

異動年月日
年号 年 月 日
平成 2 4 0 4 0 1

訂正年月日
年号 年 月 日
平成 2 4 0 5 0 1

訂正区分
2:修正 3:削除

異動事由
0 1

被保険者氏名 (カナ)
シ ャ ム キ ャ ャ 1
生年月日
年号 年 月 日
昭和 3 0 0 1 0 1
性別
1:男 2:女

[資格]
資格取得年月日
年号 年 月 日
平成 2 0 0 4 0 1
資格喪失年月日
年号 年 月 日

[要介護認定]

みなし区分
要介護状態区分
0 1
有効期間開始年月日
年号 年 月 日
有効期間終了年月日
年号 年 月 日

公費負担上限額減額

[支給限度基準額]

区分
支給限度基準額
上限管理適用開始年月日
年号 年 月 日
上限管理適用終了年月日
年号 年 月 日
支給限度基準額 (旧訪問通所)
支給限度基準額 (旧短期入所)

[居宅サービス計画届出]

計画作成区分
居宅介護支援事業所番号
適用開始年月日
年号 年 月 日
適用終了年月日
年号 年 月 日

[利用者・旧措置利用者負担]

減免中区分
利用者負担区分
給付率
適用開始年月日
年号 年 月 日
適用終了年月日
年号 年 月 日

[標準負担・特定標準負担]

標準負担区分
負担額
適用開始年月日
年号 年 月 日
適用終了年月日
年号 年 月 日

[償還払化]

償還払化開始年月日
年号 年 月 日
償還払化終了年月日
年号 年 月 日

[給付上の措置]

給付率引下げ開始年月日
年号 年 月 日
給付率引下げ終了年月日
年号 年 月 日

[申請情報]

申請種別
変更申請中区分
申請年月日
年号 年 月 日

[特定入所者介護サービス]

認定申請中区分
サービス区分
特例減額措置対象
食費負担限度額
居住費負担限度額
ユニット個室
ユニット準個室
従来型個室 (特)
従来型個室 (老・疾)
多床室
適用開始年月日
年号 年 月 日
適用終了年月日
年号 年 月 日

広域 (政令市) 保険者番号

[老人保健受給者]

老人保健市町村番号
老人保健受給者番号

[社会福祉法人軽減情報]

軽減率
軽減率適用開始年月日
年号 年 月 日
軽減率適用終了年月日
年号 年 月 日

小規模居宅サービス利用

[二次予防事業]

対象区分
有効期間開始年月日
年号 年 月 日
有効期間終了年月日
年号 年 月 日
2 平成 2 4 0 5 0 1

[後期高齢者医療資格]

保険者番号 (後期)
被保険者番号 (後期)

[国民健康保険資格]

保険者番号 (国保)
被保険者証番号 (国保)
個人番号 (国保)

介護保険 市町村固有情報異動連絡票 (1/2) (イメージ)  
(居宅介護サービス費等)

2012年 4月 1日 ( 1 頁)

保険者名
〇〇市

保険者番号
9 0 0 0 0 0

異動年月日			
年号	年	月	日
平成	24	05	01

異動区分
1:新規 2:変更 3:終了

異動事由
0 1

有効開始年月日				有効終了年月日			
年号	年	月	日	年号	年	月	日
平成	24	05	01	平成	24	09	30

[サービス費区分支給限度基準額]

区分	居宅介護					居宅支援	介護予防	
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		要支援1	要支援2
支給限度基準額 (旧訪問通所)	1 6 5 8 0	1 9 4 8 0	2 6 7 5 0	3 0 6 0 0	3 5 8 3 0	6 1 5 0	4 9 7 0	1 0 4 0 0
(旧短期入所)								

[サービス費種類支給限度基準額]

種類	居宅介護					居宅支援	介護予防	
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5		要支援1	要支援2
訪問介護	1 6 5 8 0	1 9 4 8 0	2 6 7 5 0	3 0 6 0 0	3 5 8 3 0	6 1 5 0		
訪問入浴介護	1 6 5 8 0	1 9 4 8 0	2 6 7 5 0	3 0 6 0 0	3 5 8 3 0	6 1 5 0	4 9 7 0	1 0 4 0 0
訪問看護	1 6 5 8 0	1 9 4 8 0	2 6 7 5 0	3 0 6 0 0	3 5 8 3 0	6 1 5 0	4 9 7 0	1 0 4 0 0
訪問リハビリ	1 6 5 8 0	1 9 4 8 0	2 6 7 5 0	3 0 6 0 0	3 5 8 3 0	6 1 5 0	4 9 7 0	1 0 4 0 0
通所介護	1 6 5 8 0	1 9 4 8 0	2 6 7 5 0	3 0 6 0 0	3 5 8 3 0	6 1 5 0		
通所リハビリ	1 6 5 8 0	1 9 4 8 0	2 6 7 5 0	3 0 6 0 0	3 5 8 3 0	6 1 5 0		
福祉用具貸与	1 6 5 8 0	1 9 4 8 0	2 6 7 5 0	3 0 6 0 0	3 5 8 3 0	6 1 5 0	4 9 7 0	1 0 4 0 0
短期入所生活	1 6 5 8 0	1 9 4 8 0	2 6 7 5 0	3 0 6 0 0	3 5 8 3 0	6 1 5 0	4 9 7 0	1 0 4 0 0
短期入所療養	1 6 5 8 0	1 9 4 8 0	2 6 7 5 0	3 0 6 0 0	3 5 8 3 0	6 1 5 0	4 9 7 0	1 0 4 0 0
夜間訪問介護	1 6 5 8 0	1 9 4 8 0	2 6 7 5 0	3 0 6 0 0	3 5 8 3 0	6 1 5 0		
認知症通所介護	1 6 5 8 0	1 9 4 8 0	2 6 7 5 0	3 0 6 0 0	3 5 8 3 0	6 1 5 0	4 9 7 0	1 0 4 0 0
定期巡回随時	1 6 5 8 0	1 9 4 8 0	2 6 7 5 0	3 0 6 0 0	3 5 8 3 0			
複合型	1 6 5 8 0	1 9 4 8 0	2 6 7 5 0	3 0 6 0 0	3 5 8 3 0			

[基準該当サービス費比率]

種類	比率
訪問介護	1 0 0
訪問入浴介護	1 0 0
通所介護	1 0 0
短期入所生活	1 0 0
福祉用具貸与	1 0 0
居宅支援	1 0 0
予防訪問介護	1 0 0
予防訪問入浴	1 0 0
予防通所介護	1 0 0
予防短期生活	1 0 0
予防福祉貸与	1 0 0
予防支援	1 0 0

介護保険 市町村固有情報異動連絡票 (2/2) (イメージ)  
(総合事業費)

保険者名
〇〇市

保険者番号
9 0 0 0 0 0

異動年月日				
年号	年	月	日	
平成	24	05	01	

異動区分
1:新規 2:変更 3:終了

異動事由
0 1

有効開始年月日					有効終了年月日				
年号	年	月	日		年号	年	月	日	
平成	24	05	01		平成	24	09	30	

[総合事業費区分支給限度基準額]

区分	二次予防	介護予防	
		要支援1	要支援2
支給限度基準額 (総合事業費)	1 0 0 0	2 0 0 0	3 0 0 0

[総合事業費種類支給限度基準額]

種類	二次予防	介護予防	
		要支援1	要支援2
訪問型予防	5 0 0	1 0 0 0	1 5 0 0
通所型予防	5 0 0	1 0 0 0	1 5 0 0
生活支援(配食)	5 0 0	1 0 0 0	1 5 0 0
生活支援(見守り)	5 0 0	1 0 0 0	1 5 0 0
生活支援(その他)	5 0 0	1 0 0 0	1 5 0 0
ケアマネジメント	5 0 0	1 0 0 0	1 5 0 0
予防訪問入浴		1 0 0 0	1 5 0 0
予防訪問看護		1 0 0 0	1 5 0 0
予防訪問リハ		1 0 0 0	1 5 0 0
予防通所リハ		1 0 0 0	1 5 0 0

種類	二次予防	介護予防	
		要支援1	要支援2
予防福祉貸与		1 0 0 0	1 5 0 0
予防短期生活		1 0 0 0	1 5 0 0
予防短期老健		1 0 0 0	1 5 0 0
予防短期医療		1 0 0 0	1 5 0 0
予防療養管理		1 0 0 0	1 5 0 0
予防特定施設		1 0 0 0	1 5 0 0
予防認知通所		1 0 0 0	1 5 0 0
予防多機能型		1 0 0 0	1 5 0 0
予防認知症型			1 5 0 0
予防認知短期			1 5 0 0

介護予防・日常生活支援総合事業サービスコード異動連絡票情報 (イメージ)

2012年 4月 1日 ( 1 頁)

保険者番号					
9	0	0	0	0	0

保険者名									
〇〇市									

[サービスコード情報]

種類 コード	項目 コード	異動年月日				異動区分 異動事由	適用開始年月			単位数	算定単位	日数回数	制限期間	限度額 区分	定率定額	給付率	負担額	実施区分			
		年号	年	月	日		適用終了年月											サービス名称	二次 予防	要支 援1	要支 援2
							年号	年	月												
820001		平成	24	04	01	1	平成	24	04	10001	01	01	01	3	1	085		2	2	2	
						01				サービス名称1											
830001		平成	24	04	01	1	平成	24	04	20002					2		100	2	2	2	
						01				サービス名称2											

## 介護予防・日常生活支援総合事業費過誤申立書情報（例）

介護給付費審査委員会 殿

保険者番号	9   9   0   0   0   0
保険者名	〇〇市
所在地	〒999-9999
	〇〇県××市△△△△1-2-3
連絡先	電話番号 ×××-×××-××××

下記の介護予防・日常生活支援総合事業費について、過誤を申し立てます。

平成 24年6月15日

事業所番号	被保険者番号 被保険者氏名	サービス提供年月	申立事由コード	申立事由
9   9   9   9   9   9   9   9   9   9	0   0   0   0   0   0   0   0   0   1   1 ジュキウヤ1	平成24年 4月	1   0   9   9	総合（予） その他実績取下
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		
		平成 年 月		

## 請求明細書・給付管理票返戻（保留）一覧表

事業所（保険者）番号 999999

平成24年5月 審査分

平成24年 5月 21日

1 頁

事業所（保険者）名 ○○市

○○○国民健康保険団体連合会

保険者（事業所）番号 保険者（事業所）名	被保険者番号 被保険者氏名	種別	サービス 提供年月	サービス 種類	サービス 項目等	単位数 <small>特定入所者介護費等</small>	事由	内 容	備 考
999999999 ○○事業所	000000001 ｼﾞｭｷﾞｭｼﾞｬ1	請	H20.5	22	6601	7,320	B	サービス種類：算定不可一療養体制維持	10WK
999999999 ○○事業所	000000002 ｼﾞｭｷﾞｭｼﾞｬ2	請	H20.5	25	99	5,680	B	識別番号：特定療養・特別療養表に未登録	AHH1
999999999 ○○事業所	000000003 ｼﾞｭｷﾞｭｼﾞｬ3	請	H22.10	59	2511	3,350	A	明細行番号：様式番号とサービス種類の不整合	ABBF
999999999 ○○事業所	000000004 ｼﾞｭｷﾞｭｼﾞｬ4	請	H17.9	52		10,665	E	時効により却下	
999999999 ○○事業所	000000005 ｼﾞｭｷﾞｭｼﾞｬ5	請	H22.10	22		9,795	C	支援事業所に請求明細書に対応した給付管理票の提出依頼が必要	保留

※ 種別：サ…サービス計画費請求明細書、 請…請求明細書、 給…給付管理票  
 ※ サービス項目等：審査エラーによる返戻のうち、明細情報と特定入所者情報のエラーにはサービス項目コード、特定情報のエラーには識別番号が出力されます  
 ※ 備考の保留は、当月審査分において居宅介護支援事業者から給付管理票の提出がないため、保留扱いとしたものである。 SHDL01(7411)





### 介護予防・日常生活支援総合事業費資格照合表

保険者番号	900000
保険者名	〇〇市

平成24年5月審査分については確認の結果、下記の通りでしたので報告いたします。

被保険者番号	被保険者氏名	サービス種類名	サービス提供年月	種別 (※1)	事業所番号	事業所名	被保険者情報			日数 回数	単位数	利用者負担額
							要介護区分コード	有効期間 開始年月日	有効期間 終了年月日			
0000000001	ジュキウシ1	訪問型予防サービス	H24. 4	請	9000050022	△△△事業所	13	H24. 4. 1	H25. 6. 30	12	13,648	13,648
							12	H24. 4. 1	H24. 12. 31			
0000000002	ジュキウシ2	生活支援サービス（配食）	H24. 4	請	9000050022	△△△事業所		H24. 4. 1	H24. 6. 30	19	1,900	0
								H24. 4. 1	H24. 12. 31			
0000000003	ジュキウシ3	ケアマネジメント	H24. 4	請	9000050022	△△△事業所		H24. 4. 1	H24. 6. 30		720	720
								H24. 4. 1	H24. 12. 31			

ケアマネジメント費は「請」と出力することになります。

※1 … 請：請求明細書

介護予防・日常生活支援総合事業費払込請求書

〇〇市

殿

平成 24 年 5 月審査確定額を下記のとおり払込み下さい。

金額	20,000,000 円	払込期限	平成 24 年 6 月 15 日		
内 訳	要支援者向け事業費	10,000,000 円	送金先	〇×銀行〇〇支店	
	二次予防向け事業費	10,000,000 円		預金種目	普通
			口座名		マリアケンゴのササケンゴ カイ

平成 24 年 6 月 1 日

理事  
長印

〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇

〇〇県 国民健康保険団体連合会

理事長職務代行者 介護 太郎

振込人→取扱銀行→振込人

振込依頼書

入金票	通過番号	発信時分	受信者名	発信印

取組日	年 月 日				実施印
先方銀行	〇×銀行〇〇支店			複記	
受取人	預金種目	普通	口座番号	1234567	金額
	フリガナ	マリアケンゴのササケンゴ カイ			
依頼人	氏名	〇〇県国民健康保険団体連合会			
	フリガナ	マリアケ			
	氏名	〇〇市 殿			

実施印  
参照合印

(おねがい)  
1. この振込は他の銀行と一緒にすることなく個別にお取扱下さい。

公金

備考
介護予防・日常生活支援総合事業費等の審査支払確定額
審査年月 24 年 5 月
払込期限 24 年 6 月 15 日

出納済印または振替科目

振込人・取扱銀行（保管）

領 収 書

〇〇市

殿

平成 24 年 5 月審査確定額を下記のとおり領収いたしました。

金額	20,000,000 円	(取扱店)
内 訳	要支援者向け事業費	10,000,000 円
	二次予防向け事業費	10,000,000 円

年 月 日

理事  
長印

〇〇県 国民健康保険団体連合会

理事長職務代行者 介護 太郎

※取扱店の領収印のないものは無効です。

振込人→取扱銀行→振込人

介護予防・日常生活支援総合事業費 振込通知書

平成 24 年 5 月 審査分

( 経由)

〇〇県 国民健康保険団体連合会殿

内 訳	金額	20,000,000 円	口座番号	収入科目			
	要支援者向け事業費	10,000,000 円	1234567	05	01	01	01
	二次予防向け事業費	10,000,000 円	1234567	05	01	02	01

振込人→取扱銀行→連合会

振込人	番号	900000
	氏名	〇〇市

介護予防・日常生活支援総合事業費 審査支払手数料払込請求書

〇〇市

殿

平成 24 年 5 月審査支払手数料を下記のとおり払込み下さい。

金額		500,000 円		払込期限	平成 24 年 6 月 15 日		
内 訳				送金先	〇×銀行〇〇支店		
件数	一件当たり 単価	金額		預金種目	普通	口座 番号	1234567
5,000 件	円 100 銭 0	500,000 円		口座名	マホマホケンゴウヒヤクシヨウ カイ		

平成 24 年 6 月 1 日

〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇  
 〇〇県 国民健康保険団体連合会  
 理事長職務代行者 介護 太郎

振込人→取扱銀行→振込人

理事  
長印

領 収 書

〇〇市

殿

平成 24 年 5 月審査支払手数料を下記のとおり領収いたしました。

金額		500,000 円		(取扱店)			
内 訳							
件数	一件当たり 単価	金額					
5,000 件	円 100 銭 0	500,000 円					

年 月 日

※取扱店の領収印のないものは無効です。

〇〇県 国民健康保険団体連合会  
 理事長職務代行者 介護 太郎

振込人→取扱銀行→振込人

理事  
長印

振込依頼書

入金票	通過番号	発信時分	受信者名	発信印

取組日	年 月 日		実施印			
先方銀行	〇×銀行〇〇支店			複記		
受取人	預金種目	普通	口座番号	1234567	金額	500,000 円
	フリガナ	マホマホケンゴウヒヤクシヨウ カイ				
	氏名	〇〇県国民健康保険団体連合会				
依頼人	フリガナ	マホマホ				
	氏名	〇〇市 殿				

(おねがい)  
 1. この振込は他の銀行と一緒にすることなく個別にお取扱下さい。

公 金

備考  
 介護予防・日常生活支援総合事業費の審査支払手数料  
 審査年月 24 年 5 月  
 払込期限 24 年 6 月 15 日

出納済印または振替科目

振込人・取扱銀行 (保管)

介護予防・日常生活支援総合事業費 審査支払手数料振込通知書

平成 24 年 5 月 審査分

( 経由 )

〇〇県 国民健康保険団体連合会 殿

金額		500,000 円		口座番号		収入科目			
内 訳				1234567		款	項	目	節
				05	03	01	01		
件数	一件当たり 単価	金額							
5,000 件	円 100 銭 0	500,000 円							

振込人→取扱銀行→連合会

振込人	番号	900000
	氏名	〇〇市

# 介護給付費等請求額通知書

平成24年5月 審査分

平成24年 6月 1日

5 頁

〇〇〇国民健康保険団体連合会

保険者番号	900000
保険者名	〇〇〇市

款	*****	項	*****
---	-------	---	-------

種 類	通常分				再審査・過誤			介護給付費 (特定入所者介護費等)	利用者負担額	公費負担額
	件数	実日数	単位数	金額 (特定入所者介護費等)	件数	単位数	調整額			
短期入所生活介護	21	42	8,400	84,000	0	0	0	75,600	8,400	0
短期入所療養介護（介護老人保健施設	22							79,200	8,800	0
短期入所療養介護（介護療養型医療施	23							82,800	9,200	0
介護予防短期入所生活介護	24							86,400	9,600	0
介護予防短期入所療養介護（介護老人	25							90,000	10,000	0
介護予防短期入所療養介護（介護療養	26							93,600	10,400	0
認知症対応型共同生活介護	32							115,200	12,800	0
特定施設入居者生活介護	33							118,800	13,200	0
介護予防特定施設入居者生活介護	35							126,000	14,000	0
地域密着型特定施設入居者生活介護	36							129,600	14,400	0
介護予防認知症型共同生活介護	37							133,200	14,800	0
認知症対応型共同生活介護（短期利用	38							136,800	15,200	0
介護予防認知症型共同生活介護（短期	39							140,400	15,600	0
介護老人福祉施設サービス	51							183,600	20,400	0
介護老人保健施設サービス	52							187,200	20,800	0
介護療養型医療施設サービス	53							190,800	21,200	0
地域密着型介護老人福祉施設	54							194,400	21,600	0
特定診療費	6							21,600	2,400	0
特定入所者介護サービス	59							212,400	23,600	0
再掲 施設等分								997,920		
再掲 その他分								1,399,680		
高額介護サービス費										
合 計	601		266,400	2,664,000	0	0	0	2,397,600	266,400	0
累 計	601		266,400	2,664,000	0	0	0	2,397,600	266,400	0

○「再掲 施設等分」について  
以下のレセプトの情報を計上します。  
・特定施設入居者生活介護  
・介護予防特定施設入居者生活介護  
・介護老人福祉施設サービス  
・介護老人保健施設サービス（出来高分含む）  
・介護療養型医療施設サービス（出来高分含む）  
・特定入所者介護サービスのうち、介護老人福祉施設サービス、  
介護老人保健施設サービス、介護療養型医療施設サービス分のレセプトのみ

※本帳票上に出力される数値では、内訳は分からない場合があります。

○「再掲 その他分」について  
上記「再掲 施設等分」に計上していないサービス分全ての金額です。

【注意事項】  
①本帳票は現物分のみですので、償還分は保険者で別途計算する必要があります。  
②「介護給付費等請求額通知書（公費負担者分）」、「介護予防・日常生活支援総合事業費等請求額通知書情報」は対応不要と想定しています。

通常分の件数、実日数、単位数、金額（特定入所者介護費等）、再審査・過誤の件数、単位数、調整額、利用者負担額、公費負担額は計上しません。

	請求額	累計
審査支払手数料	57,095	57,095

### 介護予防・日常生活支援総合事業費請求額通知書

平成24年5月 審査分

平成24年 6月 1日

1 頁

保険者番号	900000
保険者名	〇〇〇市

款	地域支援事業費	項	介護予防日常生活支援総合事業費
---	---------	---	-----------------

〇〇〇国民健康保険団体連合会

種 類	通常分				過誤			介護予防・日常生活支援 総合事業費	利用者負担額
	件数	実日数	単位数	金額	件数	単位数	調整額		
訪問型予防サービス	11	200	40,000	400,000	0	0	0	360,000	40,000
ケアマネジメント	15		27,000	270,000	0	0	0	243,000	27,000
要支援者向け事業費	26	200	67,000	670,000	0	0	0	603,000	67,000
訪問型予防サービス	13	210	42,000	420,000	0	0	0	378,000	42,000
ケアマネジメント	16		29,000	290,000	0	0	0	261,000	29,000
二次予防向け事業費	29	210	71,000	710,000	0	0	0	639,000	71,000
合 計	55		138,000	1,380,000	0	0	0	1,242,000	138,000
累 計									

審査支払手数料	請求額	累計
---------	-----	----

SEFL01(1521)

介護予防・日常生活支援総合事業費請求額通知書

平成24年5月 審査分

平成24年 6月 1日

1 頁

保険者番号	900000
保険者名	〇〇〇市

款	*****	項	*****
---	-------	---	-------

〇〇〇国民健康保険団体連合会

種 類	通常分				過誤			介護予防・日常生活支援 総合事業費	利用者負担額
	件数	実日数	単位数	金額	件数	単位数	調整額		
訪問型予防サービス	24	410	82,000	820,000	0	0	0	738,000	82,000
ケアマネジメント	31		56,000	560,000	0	0	0	504,000	56,000
合 計	55		138,000	1,380,000	0	0	0	1,242,000	138,000
累 計	55		138,000	1,380,000	0	0	0	1,242,000	138,000

	請求額	累計
審査支払手数料	5,225	5,225

## 介護予防・日常生活支援総合事業費審査決定請求明細表

平成24年5月 審査分

平成24年 5月 31日

1 頁

〇〇〇国民健康保険団体連合会

保険者番号	900000
保険者名	〇〇〇市

事業所番号	事業所名	サービス提供年月	サービス種類名	件数	日数回数	単位数	金額	介護予防・日常生活支援総合事業費	利用者負担額
9000050014	□□事業所	H24. 4	訪問型予防サービス	3	90	2, 772	27, 720	24, 948	2, 772
9000050014	□□事業所	H24. 4	ケアマネジメント	3		4, 224	42, 240	38, 016	4, 224
合 計				6		6, 996	69, 960	62, 964	6, 996