

＜注意＞

- ・記載例における各サービスコードのサービス項目コード、単位数及び単位数単価はあくまで例であり実際のサービス項目コード、単位数及び単位数単価と異なる場合があることに留意すること。
- ・各様式については平成 30 年 4 月にて想定されるレイアウトを使用しているが、今後レイアウトの変更の可能性のあることを留意すること。

No.	項目	例	種別 (※)	説明	
1	三割負担	例 1	請	三割負担対象者が介護サービスを受けた場合の請求明細書	
2		例 2	請	三割負担対象者が出来高サービスを受けた場合の請求明細書	
3		例 3	請	給付制限となった三割負担対象者の請求明細書	
4		例 4	請	給付減免の対象となった三割負担対象者の請求明細書	
5		例 5	請	三割負担対象者がみなしサービス、保険者独自サービスを受けた場合の請求明細書	
6		例 6	請	三割負担対象者が保険者独自（定率）サービス、保険者独自（定額）サービスを受けた場合の請求明細書	
7		例 7	請	給付制限となった三割負担対象者が、保険者独自（定率）サービス、保険者独自（定額）サービスを受けた場合の請求明細書	
8	介護医療院サービス	例 8	請	短期入所療養介護（介護医療院）において、基本摘要情報として入所者の状態を記載する場合の請求明細書	
9		例 9	請	介護医療院サービスにおいて、基本摘要情報として診断群分類（DPC）コードの上 6 桁及び入所者の状態を記載する場合の請求明細書	
10		—		介護医療院サービスの基本摘要欄に記載する医科診療報酬における診断群分類（DPC）コードについて	
11	みなし 2 号被保険者における難病公費の請求	例 10	例 10-1	求	難病の認定を受けた生保単独受給者が居宅療養管理指導を受けた場合の介護給付費請求書
12			例 10-2	請	難病の認定を受けた生保単独受給者が居宅療養管理指導を受けた場合の介護給付費明細書
13		例 11	例 11-1	給	難病の認定を受けた生保単独受給者が訪問看護を受けた場合の給付管理票
14			例 11-2	求	難病の認定を受けた生保単独受給者がサービス事業所より訪問看護を受けた場合の介護給付費請求書
15			例 11-3	請	難病の認定を受けた生保単独受給者が訪問看護を受けた場合の介護給付費明細書
16			例 11-4	求	難病の認定を受けた生保単独受給者が居宅支援事業所より給付管理を受けた場合の介護給付費請求書
17	例 11-5	サ	難病の認定を受けた生保単独受給者の居宅介護支援介護給付費明細書		

No.	項目	例	種別 (※)	説明	
18	みなし2号被 保険者におけ る難病公費の 請求	例 1 2	例12-1	給	月途中で難病の認定を受けた生保単独受給者が訪問看護を受けた場合の給付管理票
19			例12-2	求	月途中で難病の認定を受けた生保単独受給者が訪問看護を受けた場合の介護給付費請求書
20			例12-3	請	月途中で難病の認定を受けた生保単独受給者が訪問看護を受けた場合の介護給付費明細書
21			例12-4	求	月途中で難病の認定を受けた生保単独受給者が居宅支援事業所より給付管理を受けた場合の介護給付費請求書
22			例12-5	サ	月途中で難病の認定を受けた生保単独受給者の居宅介護支援介護給付費明細書
23		例 1 3	例13-1	給	難病の認定を受けた生保単独受給者が訪問看護と訪問介護を受けた場合の給付管理票
24			例13-2	求	難病の認定を受けた生保単独受給者が訪問看護と訪問介護を受けた場合の介護給付費請求書
25			例13-3	請	難病の認定を受けた生保単独受給者が訪問看護と訪問介護を受けた場合の介護給付費明細書
26			例13-4	求	難病の認定を受けた生保単独受給者が居宅支援事業所より給付管理を受けた場合の介護給付費請求書
27			例13-5	サ	難病の認定を受けた生保単独受給者の居宅介護支援介護給付費明細書
28		例 1 4	例14-1	求	難病の認定を受けた生保単独受給者が介護療養型施設に入院し特定入所者介護サービスを受けた場合の介護給付費請求書
29			例14-2	請	難病の認定を受けた生保単独受給者が介護療養型施設に入院し特定入所者介護サービスを受けた場合の介護給付費明細書
30		例 1 5	例15-1	求	難病の認定を受けた生保単独受給者が介護療養型施設に入院し特定診療を受けた場合の介護給付費請求書
31			例15-2	請	難病の認定を受けた生保単独受給者が介護療養型施設に入院し特定診療を受けた場合の介護給付費明細書
32		例 1 6	例16-1	求	難病の認定を受けた生保単独受給者が介護療養施設に入院し特定診療及び特定入所者介護サービスを受けた場合の介護給付費請求書
33			例16-2	請	難病の認定を受けた生保単独受給者が介護療養施設に入院し特定診療及び特定入所者介護サービスを受けた場合の介護給付費明細書

※種別については以下のとおりとする

求・・・介護給付費請求書 請・・・介護給付費明細書 給・・・給付管理票

サ・・・居宅介護支援介護給付費明細書

三割負担対象者が介護サービスを受けた場合の請求明細書

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・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用))

公費負担者番号		平成	3	0	年	0	8	月	分			
公費受給者番号		保険者番号	9	0	2	0	2	0				
被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	
	(フリガナ)	カゴ サブロウ										
	氏名	介護 三郎										
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男	2.女	事業所番号	9 0 7 0 0 0 0 0 2 0			
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5										
認定有効期間	平成 3 0 年 0 4 月 0 1 日 から	平成 3 1 年 0 3 月 3 1 日 まで	事業所所在地	〇〇事業所 〒 9 9 9 - 9 9 9 9 〇〇県〇〇市△△町 5-5-5								
			連絡先	電話番号 099-555-5555								

介護三郎さんは、8月1日に三割負担対象者と判定された

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 0 7 0 0 0 0 2 2 0	事業所名称	〇〇居宅介護支援事業所
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 9.介護医療院入所		

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
身体介護 1	1 1 1 1 1 1	2 4 5	1 2	2 9 4 0			
身体介護 1・夜	1 1 1 1 1 2	3 0 6	4	1 2 2 4			

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	施設所在保険者番号	摘要

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

三割負担対象者の場合、給付率は「70」とする

給付率 70%で計算した値を記載する

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

施設サービス等介護給付費明細書  
（介護保健施設サービス）

記載例 2

三割負担対象者が出来高サービスを受けた場合の請求明細書

公費負担者番号										平成																																									
公費受給者番号										保険者番号 9 0 2 0 2 0																																									
被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 2 2 2 2										事業所番号	9 0 7 0 0 0 0 0 3 0																																						
	(フリガナ)	カゴ ジョウ										△△事業所																																							
	氏名	介護 二郎										〒999-9999 〇〇県〇〇市△△町1-1-1																																							
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 0 7 年 0 2 月 0 2 日										性別	1. 男 2. 女																																						
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5										所在地	電話番号 099-333-3333																																						
認定有効期間	平成 3 0 年 0 4 月 0 1 日 から 平成 3 1 年 0 3 月 3 1 日 まで										連絡先	電話番号 099-333-3333																																							
入所年月日	平成 3 0 年 0 8 月 2 2 日										退所年月日	平成 年 月 日																																							
主傷病											入所前の状況	1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他 9.介護医療院																																							
退所後の状況	1.居宅 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 9.介護医療院入所																																																		
給付費明細欄	サービス内容		サービスコード				単位数		回数 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																																		
	保健施設 I 1		5 2 1 1 1 1				6 9 5		1 0		6 9 5 0																																								
	合計										6 9 5 0																																								
所定疾患施設療養費等	所定疾患施設療養費	傷病名	① ② ③										所定疾患施設療養開始年月日	①平成 年 月 日 ②平成 年 月 日 ③平成 年 月 日																																					
		単位（再掲）	単位										単位× 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 年 月 日 ②平成 年 月 日 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																																																	
	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	〇〇病																																																	
	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 5	初期入所診療管理		2 5 0		1		2 5 0																																											
	合計								2 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	6 9 5 0										三割負担対象者の場合、給付率は「70」とする										2 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	7 0 /100																				7 0 /100										/100																			
	④ 請求額（円）	4 9 3 3 1																				1 7 5 0																													
⑤ 利用者負担額（円）	2 1 1 4 2																				7 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										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																				

様式第二（附則第二条関係）

記載例3  
給付制限となった三割負担対象者の請求明細書

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・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用））

公費負担者番号		平成	3	0	年	0	9	月	分													
公費受給者番号		保険者番号	9	0	2	0	2	0														
被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	事業所番号	9	0	7	0	0	0	0	0	2	0
	(フリガナ)	カゴ サブロ										〇〇事業所										
	氏名	介護 三郎										〒 9 9 9 - 9 9 9 9										
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	〇〇県〇〇市△△町5-5-5																
	要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5										連絡先 電話番号 099-555-5555										
認定有効期間	平成	3	0	年	0	4	月	0	1	日	から											
	平成	3	1	年	0	3	月	3	1	日	まで											

介護三郎さんは、8月1日に三割負担対象者と判定されたが、保険料を滞納していたため、給付制限となった

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 0 7 0 0 0 0 2 2 0	事業所名称	〇〇居宅介護支援事業所											
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 9.介護医療院入所														

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
身体介護1	1 1 1 1 1 1	2 4 5	1 2	2 9 4 0			
身体介護1・夜	1 1 1 1 1 2	3 0 6	4	1 2 2 4			

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	施設所在 保険者番号	摘要

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

三割負担対象者であり、給付制限となった場合、給付率は「60」とする

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

様式第二 (附則第二条関係)

記載例 4

給付減免の対象となった三割負担対象者の請求明細書

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・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用))

公費負担者番号		平成	3	0	年	1	0	月	分													
公費受給者番号		保険者番号	9	0	2	0	2	0														
被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	事業所番号	9	0	7	0	0	0	0	0	2	0
	(フリガナ)	カゴ サブロ										〇〇事業所										
	氏名	介護 三郎										〒 9 9 9 - 9 9 9 9										
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	〇〇県〇〇市△△町 5-5-5																
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5										者 所在地										
認定有効期間	平成 3 0 年 0 4 月 0 1 日 から	平成 3 1 年 0 3 月 3 1 日 まで	連絡先										電話番号 099-555-5555									

介護三郎さんは、8月1日に三割負担対象者と判定されたが、罹災し減免対象(100%給付)となった

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 0 7 0 0 0 0 2 2 0	事業所名称	〇〇居宅介護支援事業所
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 9.介護医療院入所		

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
身体介護1	1 1 1 1 1 1	2 4 5	1 2	2 9 4 0			
身体介護1・夜	1 1 1 1 1 2	3 0 6	4	1 2 2 4			

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	施設所在保険者番号	摘要

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

三割負担対象者であり、減免対象者となった場合、給付率は減免後の給付率(この例では100)とする ※減免給付率は71%~100%の間で保険者が設定する

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

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書  
(訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費)

記載例5

三割負担対象者がみなしサービス、保険者独自サービスを受けた場合の請求明細書

公費負担者番号		平成	3	0	年	0	8	月	分		
公費受給者番号		保険者番号	9	0	1	0	1	0			
被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	
事業所番号	9	0	7	0	1	0	0	0	1	0	
(フリガナ)	カゴ ナツコ										
氏名	介護 夏子										
生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和								
	0	5	年	0	7	月	0	7	日		
性別	1. 男	2. 女									
要支援状態区分等	事業対象者・要支援1・要支援2										
認定有効期間	平成	3	0	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成	3	1	年	0	3	月	3	1	日	まで
所在地	〇〇事業所 〒999-9999 〇〇県〇〇市△△町1-1-1										
連絡先	電話番号 099-222-2222										

介護夏子さんは、8月1日に三割負担対象者と判定された

介護予防サービス計画	3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成
事業所番号	9 0 0 0 0 1 0 0 0 1
事業所名称	●●地域包括支援センター

開始年月日	平成		年		月		日	中止年月日	平成		年		月		日
-------	----	--	---	--	---	--	---	-------	----	--	---	--	---	--	---

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
介護予防訪問介護I	A 2 1 1 1 1		1	1 1 6 8			
予防訪問介護初回加算	A 2 4 0 0 1		1	2 0 0			

以下の総合事業サービスについては、三割負担が適用される

- ・A1：訪問型サービス (みなし)
- ・A2：訪問型サービス (独自)
- ・A5：通所型サービス (みなし)
- ・A6：通所型サービス (独自)

(参考) みなしサービス (A1：訪問型サービス (みなし)、A5：通所型サービス (みなし)) のみなし指定の有効期限は原則平成30年3月までであるが、市町村は最長で平成33年3月まで有効期間を延長できる

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	施設所在保険者番号	摘要

①サービス種類コード / ②名称	A 2	訪問型サービス (独自)						
③サービス実日数	1 0	日						
④計画単位数		1 3 6 8						
⑤限度額管理対象単位数		1 3 6 8						
⑥限度額管理対象外単位数		0						
⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥		1 3 6 8						
⑧公費分単位数		0						
⑨単位数単価	1 0	2 1	円/単位					
⑩事業費請求額		9 7 7 6						
⑪利用者負担額		4 1 9 1						
⑫公費請求額		0						
⑬公費分本人負担		0						

三割負担対象者の場合、給付率は「70」とする

給付率 (100)	
事業	7 0
公費	
合計	

みなしサービス及び保険者独自サービスについては、三割負担対象者の場合、介護同様に利用者負担が3割となるよう請求する

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率	%	受領者負担の総額 (円)	軽減額 (円)	利用者負担額 (円)	備考

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書  
(訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス)

記載例 6

三割負担対象者が保険者独自(定率)サービス、保険者独自(定額)サービスを受けた場合の請求明細書

公費負担者番号	
公費受給者番号	
被保険者番号	0 0 0
(フリガナ)	カゴ ナツコ
氏名	介護 夏子
生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 0 5 年 0 7 月 0 7 日
要支援状態区分等	事業対象者・要支援1・要支援2
認定有効期間	平成 3 0 年 0 4 月 0 1 平成 3 1 年 0 3 月 3 1
介護予防サービス計画	3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター 事業所番号 9 0 0 0 0 1 0
開始年月日	平成 年 月

平成

保険者番号 9 0 1 0 1 0

事業所番号 9 0 7 0 1 0 0 0 1 0

事業所名称 ○○事業所

介護夏子さんは、8月1日に三割負担対象者と判定された

(参考) 集計欄の「⑩事業費請求額」、「⑪利用者負担額」の計算方法

- 保険者独自(定率)サービス(A3, A7)の場合
  - (I) 明細情報ごとの事業費請求額 = 《《サービス単位数 × ⑨単位数単価》 × 給付率》
  - (II) 集計欄の事業費請求額 = サービス種類ごとの(I)の集計値
  - (III) 集計欄の利用者負担額 = 《⑦給付単位数 × ⑨単位数単価》 - (II)
- 保険者独自(定額)サービス(A4, A8)の場合
  - (I) 明細情報ごとの利用者負担額 = 1回あたりの利用者負担額 × 回数
  - (II) 集計欄の利用者負担額 = サービス種類ごとの(I)の集計値
  - (III) 集計欄の事業費請求額 = 《⑦給付単位数 × ⑨単位数単価》 - (II)

※《》は、囲まれた部分の計算結果の小数点以下を切り捨てることを示す

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
□□サービス1(高所得三)	A 3 1 1 1 3	2 0 0	5	1 0 0 0			
◇◇サービス1(高所得三)	A 4 1 1 1 3	4 0 0	5	2 0 0 0			

保険者が所得段階ごとにサービスコードを設定したい場合、三割負担対象者は所得段階に応じたサービスコードを使用する(通常受給者用)

A3-1111 (□□サービス1) 単位数: 200 単位 給付率: 90%  
 A4-1111 (◇◇サービス1) 単位数: 400 単位 利用者負担額: 408 円  
 (高所得者用<二割>)

A3-1112 (□□サービス1(高所得)) 単位数: 200 単位 給付率: 80%  
 A4-1112 (◇◇サービス1(高所得)) 単位数: 400 単位 利用者負担額: 816 円  
 (高所得者用<三割>)

A3-1113 (□□サービス1(高所得三)) 単位数: 200 単位 給付率: 70%  
 A4-1113 (◇◇サービス1(高所得三)) 単位数: 400 単位 利用者負担額: 1224 円

①サービス種類コード / ②名称	A 3	訪問型サービス(独自/定率)	A 4	訪問型サービス(独自/定額)	日	日	事業	公費	合計
③サービス実日数	5	日	5	日					
④計画単位数		1 0 0 0		2 0 0 0					
⑤限度額管理対象単位数		1 0 0 0		2 0 0 0					
⑥限度額管理対象外単位数		0		0					
⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数) + ⑥		1 0 0 0		2 0 0 0					
⑧公費分単位数		0		0					
⑨単位数単価	1 0 2 1	円/単位	1 0 2 1	円/単位					
⑩事業費請求額		7 1 4 7		1 4 3 0 0					2 1 4 4 7
⑪利用者負担額		3 0 6 3		6 1 2 0					9 1 8 3
⑫公費請求額		0		0					0
⑬公費分本人負担		0		0					0

三割負担対象者の場合も、保険者独自(定率)サービス、保険者独自(定額)サービスについては、給付率は記載しない

保険者独自(定率)サービス、保険者独自(定額)サービスについては、所得段階に応じたサービスコードを使用して請求する

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)	備考
---------------	-----	---	------------------	----

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書  
(訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費)

記載例 7

給付制限となった三割負担対象者が、保険者独自(定率)サービス、保険者独自(定額)サービスを受けた場合の請求明細書

公費負担者番号	
公費受給者番号	
被保険者番号	0 0 0
(フリガナ)	カゴ ナツコ
氏名	介護 夏子
生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 0 5 年 0 7 月 0 7 日
性別	1. 男 2. 女
要支援状態区分等	事業対象者 要支援1・要支援2
認定有効期間	平成 3 0 年 0 4 月 0 1 日 から 平成 3 1 年 0 3 月 3 1 日 まで

介護夏子さんは、8月1日に三割負担対象者と判定されたが、保険料を滞納していたため、給付制限となった

平成	
保険者	

事業所番号	9 0 7 0 1 0 0 0 1 0
事業所名称	〇〇事業所
所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9 〇〇県〇〇市△△町 1-1-1
連絡先	電話番号 099-222-2222

介護予防サービス計画	3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成
事業所番号	9 0 0 0 0 0 1 0 0 0 1
事業所名称	●●地域包括支援センター

開始年月日	平成		年		月		日	中止年月日	平成		年		月		日
-------	----	--	---	--	---	--	---	-------	----	--	---	--	---	--	---

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
□□サービス1 (高所得三・制限)	A 3 1 1 1 5	2 0 0	5	1 0 0 0			
◇◇サービス1 (高所得三・制限)	A 4 1 1 1 5	4 0 0	5	2 0 0 0			

保険者が所得段階ごとに給付制限用のサービスコードを設定したい場合、三割負担対象者は所得段階に応じた給付制限用のサービスコードを使用する  
(通常受給者、高所得者<二割>の給付制限用)  
A3-1114 (□□サービス1 (制限)) 単位数: 200 単位 給付率: 70%  
A4-1114 (◇◇サービス1 (制限)) 単位数: 400 単位 利用者負担額: 1224 円  
(高所得者<三割>の給付制限用)  
A3-1115 (□□サービス1 (高所得三・制限)) 単位数: 200 単位 給付率: 60%  
A4-1115 (◇◇サービス1 (高所得三・制限)) 単位数: 400 単位 利用者負担額: 1632 円

①サービス種類コード / ②名称	A 3	訪問型サービス (独自/定率)	A 4	訪問型サービス (独自/定額)				
③サービス実日数	5	日	5	日				
④計画単位数		1 0 0 0		2 0 0 0				
⑤限度額管理対象単位数		1 0 0 0		2 0 0 0				
⑥限度額管理対象外単位数		0		0				
⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥		1 0 0 0		2 0 0 0				事業
⑧公費分単位数		0		0				公費
⑨単位数単価	1 0	2 1 円/単位	1 0	2 1 円/単位				合計
⑩事業費請求額		6 1 2 6		1 2 2 6 0				1 8 3 8 6
⑪利用者負担額		4 0 8 4		8 1 6 0				1 2 2 4 4
⑫公費請求額		0		0				0
⑬公費分本人負担		0		0				0

三割負担対象者の場合も、保険者独自(定率)サービス、保険者独自(定額)サービスについては、給付率は記載しない

保険者独自(定率)サービス、保険者独自(定額)サービスについては、所得段階に応じた給付制限用のサービスコードを使用して請求する

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)		備考
---------------	-----	---	------------------	--	----

様式第四の三（附則第二条関係）

居宅サービス介護給付費明細書  
(介護医療院における短期入所療養介護)

記載例 8

短期入所療養介護（介護医療院）において、基本摘要情報として入所者の状態を記載する場合の請求明細書

公費負担者番号																				
公費受給者番号																				

平成	
保険	

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
	(フリガナ)	カゴ イチロ									
	氏名	介護 一郎									
	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	要介護 1・2・3・4・5									
認定有効期間	平成 3 0 年 0 4 月 0 1 日 から										
	平成 3 1 年 0 3 月 3 1 日 まで										

請求事業者	事業所番号	9	0	B	0	0	0	0	0	2	0
	事業所名称	〇〇介護医療院									
	所在地	〒999-9999 〇〇県〇〇市									
	連絡先	電話番号 999-9999-9999									

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	0	7	0	0	0	0	0	1	0
	事業所名称	△△支援事業所									

入所年月日	平成 3 0 年 0 4 月 0 1 日
退所年月日	平成 3 0 年 0 4 月 1 6 日
短期入所 実日数	1 6

基本摘要	摘要種類	0	2	イ	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	内容				
	介護医療院短期入所△△	2 A ○ ○ ○ ○	8 0 0	1 6	1 2 8 0 0	摘要種類欄には「02」を記載し、内容欄には入所者の状態を記載する ※摘要種類の「02」は「利用者状態等コード」を表す				
入所者の状態を記載するサービス ※必要に応じて基本摘要欄に「02：利用者状態等コード」を記載することが可能										

緊急時施設診療費	緊急時治療管理(再掲)	単位	単位×	日	緊急時治療開始年月日					
	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						

特別診療費	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							

請求額集計欄	区分	保険分				公費分				保険分特定治療・特別診療費				公費分特定治療・特別診療費				
	①計画単位数	1	2	8	0	0												
	②限度額管理対象単位数	1	2	8	0	0												
	③限度額管理対象外単位数													0				
	④給付点数・単位数	1	2	8	0	0												
	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)	1	1	5	2	0	0											
⑧利用者負担額(円)	1	2	8	0	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
	合計									
							保険分請求額(円)	公費分請求額	公費分本人負担月額	

様式第九の二 (附則第二条関係)

施設サービス等介護給付費明細書  
(介護医療院サービス)

記載例 9

介護医療院サービスにおいて、基本摘要情報として診断群分類 (DPC) コードの上6桁及び入所者の状態を記載する場合の請求明細書

公費負担者番号																			
公費受給者番号																			

平成																			
保険																			

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2
	(フリガナ)	カゴ ジョウ									
	氏名	介護 二郎									
	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	要介護 1・2・3・4・5									
認定有効期間	平成 3 0 年 0 4 月 0 1 日 から	平成 3 1 年 0 3 月 3 1 日 まで									

請求事業者	事業所番号	9	0	B	0	0	0	0	0	2	0
	事業所名称	〇〇介護医療院									
	所在地	〒9999-9999 〇〇県〇〇市									
	連絡先	電話番号 999-9999-9999									

入所年月日	平成 3 0 年 0 4 月 0 3 日	退所年月日	平成 年 月 日	入所実日数	2	8	外泊日数	0
主傷病	慢性腎不全			入所前の状況	居宅 2. 医療機関 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院			
退所後の状況	1. 居宅 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 9. 介護医療院入所							

基本摘要	摘要種類	内容		
	0 1	110280		
	0 2	ハD		

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
	介護医療院型施設〇〇	5 5 〇 〇 〇 〇	7 0 0	2 8	1 9 6 0 0

DPCコード上6桁と入所者の状態を記載するサービス  
※基本摘要欄の1行目に「01: DPCコード (疾患コード)」の記載が必須  
必要に応じて、2行目に「02: 利用者状態等コード」を記載することが可能

1行目の摘要種類欄には「01」を記載し、内容欄にはDPCコード上6桁を記載する  
2行目の摘要種類欄には「02」を記載し、内容欄には入所者の状態を記載する  
※摘要種類の「01」は「DPCコード (疾患コード)」を表し、「02」は「利用者状態等コード」を表す

緊急時施設診療費	緊急時治療管理 (再掲)	単位	単位 ×	日
	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
------	-------	------	-------

特別診療費	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							

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定治療・特別診療費	公費分特定治療・特別診療費
	①点数・単位数合計	1 9 6 0 0			
	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	/100	/100	/100
	④請求額 (円)	1 7 6 4 0 0			
⑤利用者負担額 (円)	1 9 6 0 0				

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

介護医療院サービスの基本摘要欄に記載する医科診療報酬における診断群分類（DPC）コードについて

「介護給付費請求書等の記載要領について」（別表五）基本摘要欄記載事項 抜粋

○介護医療院サービス

サービス種類	サービス内容 (算定項目)	基本摘要記載事項	現時点での想定を 暫定的に記載
介護医療院サービス	I型介護医療院サービス費（Ⅰ）（ⅰ）（ⅱ）、 I型介護医療院サービス費（Ⅱ）（ⅰ）（ⅱ）、 I型介護医療院サービス費（Ⅲ）（ⅰ）（ⅱ）、 I型介護医療院サービス費（Ⅳ）（ⅰ）（ⅱ）、 ユニット型I型介護医療院サービス費（Ⅰ）（ⅰ）（ⅱ）、 ユニット型I型介護医療院サービス費（Ⅱ）（ⅰ）（ⅱ）、 ユニット型I型介護医療院サービス費（Ⅲ）（ⅰ）（ⅱ）	すべての入所者について、医療資源を最も投入した傷病名を、医科診療報酬における診断群分類（DPC）コードの上6桁を用いて基本摘要欄の摘要種類を「01：DPCコード(疾患コード)」とし、内容に記載すること。 下記イからヌまでに適合する入所者については、基本摘要欄の摘要種類を「02：利用者状態等コード」とし、内容にその状態を記載すること。なお、複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載すること。  例1 イ  例2 ハD  イ～ヌ （略）	

「医科診療報酬における診断群分類（DPC）コードの上6桁」については、厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名（平成二十八年厚生労働省告示第七十五号）の規定に基づき記載すること。具体的には「DPC/PDPS傷病名コーディングテキスト改訂版（平成28年4月厚生労働省保険局医療課）」を参照すること。なお、詳細は別途通知するところによるものとする。

様式第一（附則第二条関係）

平成	3	0	年	0	4	月分
----	---	---	---	---	---	----

介護給付費請求書

記載例 10-1

難病の認定を受けた生保単独受給者が居宅療養管理指導を受けた場合の介護給付費請求書

事業所番号	9	0	3	0	0	0	1	1	1	1	
請求事業所	名称	病院 1									
	所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9 ○県○市									
	連絡先	999-9999-9999									

保険者

(別記) 殿

下記のとおり請求します。 平成 30年 5月 8日

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 感染症 37条の2							
21 障自・通院医療							
15 障自・更生医療							
19 原爆・一般							
54 難病法	1	1006	10060	10060			
51 特定疾患等 治療研究							
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							
66 石綿・救済措置							
58 障害者・支援措置（全 額免除）							
25 中国残留邦人等							
合計				10060			

様式第二 (附則第二条関係)

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

記載例 10-2

(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・福祉用具修繕・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護(短期利用以外))

難病の認定を受けた生保単独受給者が居宅療養管理指導を受けた場合の介護給付費明細書

公費負担者番号	5 4 9 0 2 0 1 3	平成		
公費受給者番号	9 8 0 0 0 0 1	保険者番号	9 0 2 0 1 1	
被保険者	被保険者番号	H 0 0 0 0 0 0 1 1 1	事業所番号	9 0 3 0 0 0 1 1 1 1
	(フリガナ)	カイゴ ハナコ	事業所名称	病院1
	氏名	介護 花子		
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 3 0 年 0 3 月 0 3 日	性別	1.男 2.女
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5		
	認定有効期間	平成 3 0 年 0 4 月 0 1 日 から 平成 3 1 年 0 3 月 3 1 日 まで	連絡先	電話番号 099-9999-9999

生保単独受給者であるが、難病の認定を受け、かつ難病が適用されるサービス(居宅療養管理指導)を受けている。そのため、優先順位として難病公費から介護給付費が支払われる。

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	
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 9.介護医療院入所		

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
医師居宅療養管理指導 11	3 1 1 1 1 1	5 0 3	2	1 0 0 6	2	1 0 0 6	6,21

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	施設所在 保険者番号	摘要

①サービス種類コード /②名称	③サービス実日数	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	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥	⑧公費分単位数	⑨単位数単価	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
3 1 居宅療養管理指導	2 日				1 0 0 6	1 0 0 6	1 0 0 0 円/単位	0	0	1 0 0 6 0	0
給付率 (/100)										1 0 0 6 0	0
給付率 (/100)										1 0 0 6 0	0
給付率 (/100)										1 0 0 6 0	0
給付率 (/100)										1 0 0 6 0	0
給付率 (/100)										1 0 0 6 0	0
給付率 (/100)										1 0 0 6 0	0

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率	軽減額 (円)	軽減後利用者負担額 (円)	備考

1 枚中 1 枚目

様式第十一（附則第二条関係）

給付管理票（平成 30年 4月分）

記載例 1 1-1  
難病の認定を受けた生保単独受給者が訪問看護を受けた場合の給付管理票

保険者番号												保険者名											
9 0 2 0 1 0						〇県〇市																	
被保険者番号												被保険者氏名											
H 0 0 0 0 0 0 2 2 2						フリガナ カイゴ イチロウ						介護 一郎											
生年月日						性別						要支援・要介護状態区分等											
明・大 昭 30年 3月 3日						男・女						事業対象者 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・総合事業 支給限度基準額												限度額適用期間											
16,692 単位/月												平成 30年 4月						~ 平成 31年 3月					

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・地域包括支援センター作成																	
居宅介護/介護予防 支援事業所番号						9 0 7 0 0 0 2 2 2 2											
担当介護支援専門員番号						9 0 2 0 1 0 0 2											
居宅介護/介護予防 支援事業者の事業所名						支援事業所 2											
支援事業者の 事業所所在地及び連絡先						〇県〇市 5-5-5											
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・総合事業																			
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/ 総合事業識別	サービス 種類名	サービス 種類コード	給付計画単位数			
サービス事業所 2	9	0	7	0	0	0	1	2	2	2	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	訪問看護	1	3	3	1	0	0	
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業								
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業								
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業								
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業								
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業								
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業								
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業								
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業								
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業								
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業								
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業								
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業								
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業								
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業								
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業								
合計															3	1	0	0	

様式第一（附則第二条関係）

平成	3	0	年	0	4	月分
----	---	---	---	---	---	----

介護給付費請求書

記載例 1 1-2  
 難病の認定を受けた生保単独受給者がサービス事業所より訪問看護を受けた場合の介護給付費請求書

事業所番号	9	0
請求事業所	名称	サービス事業所 2
	所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9 ○県○市 5 - 5 - 5
	連絡先	999-9999-9999

保 険 者

(別 記) 殿

下記のとおり請求します。 平成 30年 5月 6日

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 感染症 37条の2							
21 障自・通院医療							
15 障自・更生医療							
19 原爆・一般							
54 難病法	1	3100	34255	34255			
51 特定疾患等 治療研究							
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							
66 石綿・救済措置							
58 障害者・支援措置（全 額免除）							
25 中国残留邦人等							
合 計				34255			

様式第二（附則第二条関係）

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

記載例 1 1-3  
 難病の認定を受けた生保単独受給者が訪問看護を受けた場合の介護給付費明細書

（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・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）  
 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）

公費負担者番号	5	4	9	0	2	0	1	3	平成											
公費受給者番号	9	8	0	0	0	0	2	保険者番号	9	0	2	0	1	0						
被保険者番号	H	0	0	0	0	0	0	2	2	事業所番号	9	0	7	0	0	0	1	2	2	2
(フリガナ)	カイゴ イチロウ																			
氏名	介護 一郎																			
生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男	2.														
要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5																			
認定有効期間	平成 3 0 年 0 4 月 0 1 日 から	平成 3 1 年 0 3 月 3 1 日 まで	連絡先	電話番号	999-9999-9999															

生保単独受給者であるが、難病の認定を受け、かつ難病が適用されるサービス（訪問看護）を受けている。そのため、優先順位として難病公費から介護給付費が支払われる。

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	0	7	0	0	0	2	2	2	2	事業所名称	支援事業所 2
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 9.介護医療院入所											

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
訪問看護 I 1	1 3 1 0 1 0	3 1 0	1 0	3 1 0 0	1 0	3 1 0 0	

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	施設所在保険者番号	摘要

①サービス種類コード／②名称	1 3	訪問看護									
③サービス実日数	1 0	日									
④計画単位数		3 1 0 0									
⑤限度額管理対象単位数		3 1 0 0									
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 0 0									保険 0
⑧公費分単位数		3 1 0 0									公費 1 0 0
⑨単位数単価	1 1 0 5	円/単位									合計
⑩保険請求額		0									0
⑪利用者負担額		0									0
⑫公費請求額		3 4 2 5 5									3 4 2 5 5
⑬公費分本人負担		0									0

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

様式第一（附則第二条関係）

平成	3	0	年	0	4	月分
----	---	---	---	---	---	----

介護給付費請求書

記載例 1 1-4  
 難病の認定を受けた生保単独受給者が居宅支援事業所より給付管理を受けた場合の介護給付費請求書

事業所番号	9	0	7	0	0	0	2	2	2	2	
請求事業所	名称	支援事業所 2									
	所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9 ○県○市 5 - 5 - 5									
	連絡先	999-9999-9999									

保 険 者

(別 記) 殿

下記のとおり請求します。 平成 30年 5月 6日

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							
12 生保 居宅介護支援・ 介護予防支援	1	1042	11514	11514			
10 感染症 37条の2							
21 障自・通院医療							
15 障自・更生医療							
19 原爆・一般	サービス計画費は生保で請求する (サービス計画費は難病の給付対象とはならない)						
54 難病法							
51 特定疾患等 治療研究							
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							
66 石綿・救済措置							
58 障害者・支援措置（全 額免除）							
25 中国残留邦人等							
合 計				11514			

居宅介護支援介護給付費明細書

記載例 1 1-5

難病の認定を受けた生保単独受給者の居宅介護支援介護給付費明細書

平成

公費負担者番号 1 2 9 0 2 0 1 5

保険者番号 9 0 2 0 1 0

居宅介護支援事業者	事業所番号	9 0 7 0 0 0 2 2 2	〒	9 9 9 - 9 9 9 9
	事業所名称	支援事業所 2		単位数単価

生保単独受給者であるため、サービス計画費は生保より支払われる  
(サービス計画費は難病の給付対象とはならない)

項番	被保険者	被保険者番号	(フリガナ)										性別
		H 0 0 0 0 0 0 2 2 2	カイゴ イチロウ										
1	被保険者	公費受給者番号	氏名										1. 男 2. 女
		9 9 0 0 0 0 0 2	介護 一郎										
	被保険者	生年月日	要介護状態区分										認定有効期間
		1. 明治 2. 大正 3. 昭和 3 0 年 0 3 月 0 3 日	1 2・3・4・5										平成 3 0 年 0 4 月 0 1 日 から 平成 3 1 年 0 3 月 3 1 日 まで
	被保険者	担当介護支援専門員番号	サービス計画作成依頼届出年月日										
		9 0 2 0 1 0 0 2	平成 3 0 年 0 3 月 2 8 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	サービス単位数	摘要	サービス単位数合計					
		居宅支援 I 1	4 3 2 1 1 1	1 0 4 2	1	1 0 4 2		1 0 4 2					
							請求額合計						
							1 1 5 1 4						
項番	被保険者	被保険者番号	(フリガナ)										性別
	被保険者	公費受給者番号	氏名										1. 男 2. 女
	被保険者	生年月日	要介護状態区分										認定有効期間
		1. 明治 2. 大正 3. 昭和 年 月 日	1・2・3・4・5										平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで
	被保険者	担当介護支援専門員番号	サービス計画作成依頼届出年月日										
			平成 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	サービス単位数	摘要	サービス単位数合計					
							請求額合計						

給付管理票（平成 30年 4月分）

記載例 1 2 - 1

月途中で難病の認定を受けた生保単  
独受給者が訪問看護を受けた場合の  
給付管理票

保険者番号										保険者名									
9	0	2	0	1	0	〇県〇市													
被保険者番号										被保険者氏名									
H	0	0	0	0	0	0	3	3	3	フリガナ カイゴ ジロウ 介護 二郎									
生年月日					性別					要支援・要介護状態区分等									
明・大・昭 30年 3月 3日					男・女					事業対象者 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・ 総合事業 支給限度基準額										限度額適用期間									
16,692 単位/月										平成 30年 4月					~ 平成 31年 3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・地域包括支援センター作成																			
居宅介護/介護予防 支援事業所番号					9	0	7	0	0	0	2	3	3	3					
担当介護支援専門員番号					9	0	2	0	1	0	0	3							
居宅介護/介護予防 支援事業者の事業所名					支援事業所 3														
支援事業者の 事業所所在地及び連絡先					〇県〇市 5-5-5														
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・総合事業																		
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/ 総合事業識別	サービス 種類名	サービス 種類コード	給付計画単位数				
サービス事業所 3	9	0	7	0	0	0	1	3	3	3	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	訪問看護	1	3	3	1	0	0
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
合計													3	1	0	0		

様式第一（附則第二条関係）

平成	3	0	年	0	4	月分
----	---	---	---	---	---	----

介護給付費請求書

記載例 1 2-2  
 月途中で難病の認定を受けた生保単  
 独受給者が訪問看護を受けた場合の  
 介護給付費請求書

事業所番号	9	0	7	0	0	0	1	3	3	3
請求事業所	名称	サービス事業所 3								
	所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9 ○県○市 5 - 5 - 5								
	連絡先	999-9999-9999								

保 険 者

(別 記) 殿

下記のとおり請求します。 平成 30年 5月 6日

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	1	3100	34255	17128			
10 感染症 37条の2							
21 障自・通院医療							
15 障自・更生医療							
19 原爆・一般							
54 難病法	1	3100	34255	17127			
51 特定疾患等 治療研究							
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							
66 石綿・救済措置							
58 障害者・支援措置（全 額免除）							
25 中国残留邦人等							
合 計				34255			

月途中で難病の認定を受けた生保単独受給者は、難病と生保から支払いが発生する

様式第二 (附則第二条関係)

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

記載例 1 2-3 (1枚目)  
 月途中で難病の認定を受けた生保単  
 独受給者が訪問看護を受けた場合の  
 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・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)

公費負担者番号	5	4	9	0	2	0	1	3
公費受給者番号	9	8	0	0	0	0	3	

平成								
保険者番号	9	0	2	0	1	0		

被保険者	被保険者番号	H	0	0	0	0	0	3	3	3
	(フリガナ)	カイゴ ジロウ								
	氏名	介護 二郎								
	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	要介護 1・2・3・4・5								
	認定有効期間	平成 3 0 年 0 4 月 0 1 日 から	平成 3 1 年 0 3 月 3 1 日 まで							

請求事業者	事業所番号	9	0	7	0	0	0	1	3	3	3
	事業所名称	サービス事業所 3									
	所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9 ○県○市 5-5-5									
	連絡先	電話番号 999-9999-9999									

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	0	7	0	0	0	2	3	3	3
	事業所名称	支援事業所 3									

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 9.介護医療院入所									

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要
	訪問看護 I 1	1 3 1 0 1 0	3 1 0	1 0	3 1 0 0	5	1 5 5 0	
生保単独受給者が月の途中で難病の認定を受けた場合、一枚目に難病分、二枚目に生保分の請求を作成する								

給付費明細欄 (住所地特例対象者)	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	施設所在保険者番号	摘要

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

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

様式第二 (附則第二条関係)

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

記載例 1 2-3 (2枚目)

(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・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外  
複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多

月途中で難病の認定を受けた生保単  
独受給者が訪問看護を受けた場合の  
介護給付費明細書

公費負担者番号	1	2	9	0	2	0	1	5
公費受給者番号	9	9	0	0	0	0	3	

平成	9	0	2	0	1	0				
保険者番号	9	0	7	0	0	0	1	3	3	3

被保険者	被保険者番号	H	0	0	0	0	0	0	3	3	3
	(フリガナ)	カイゴ ジロウ									
	氏名	介護 二郎									
	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	要介護1・2・3・4・5									
	認定有効期間	平成	3	0	年	0	4	月	0	1	日
	平成	3	1	年	0	3	月	3	1	日	まで

請求事業者	事業所番号	9	0	7	0	0	0	1	3	3	3
	事業所名称	サービス事業所3									
	所在地	〒999-9999-9999 〇県〇市5-5-5									
	連絡先	電話番号 999-9999-9999									

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	0	7	0	0	0	2	3	3	3
	事業所名称	支援事業所3									

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 9.介護医療院入所														

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								
	訪問看護I1	1	3	1	0	1	0	3	1	0	0	5	1	5	5	0
生保単独受給者が月の途中で難病の認定を受けた場合、一枚目に難病分、二枚目に生保分の請求を作成する																

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	施設所在保険者番号	摘要

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

(参考) 集計欄の「⑫公費請求額」の計算方法  
 ①100%の金額  
 $3100 \times 11.05 = 34255$   
 ②公費1分の公費請求額(難病)  
 $1550 \times 11.05 = 17127$   
 ③公費2分の公費請求額(生保)  
 $34255 - 17127 = 17128$   
 ※《》は、囲まれた部分の計算結果の小数点以下を切り捨てることを示す

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

様式第一（附則第二条関係）

平成	3	0	年	0	4	月分
----	---	---	---	---	---	----

介護給付費請求書

記載例 1 2-4

月途中で難病の認定を受けた生保単  
独受給者が居宅支援事業所より給付  
管理を受けた場合の介護給付費請求  
書

事業所番号	9	0
請求事業所	名称	支援事業所 3
	所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9 ○県○市 5 - 5 - 5
	連絡先	999-9999-9999

保 険 者

(別 記) 殿

下記のとおり請求します。 平成 30年 5月 6日

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							
12 生 保 居宅介護支援・ 介護予防支援	1	1042	11514	11514			
10 感染症 37条の2							
21 障自・通院医療							
15 障自・更生医療							
19 原爆・一般							
54 難病法							
51 特定疾患等 治療研究							
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							
66 石綿・救済措置							
58 障害者・支援措置（全 額免除）							
25 中国残留邦人等							
合 計				11514			

サービス計画費は生保で請求する  
(サービス計画費は難病の給付対象とはならない)

居宅介護支援介護給付費明細書

記載例 1 2-5

月途中で難病の認定を受けた生保単  
独受給者の居宅介護支援介護給付費  
明細書

平成

公費負担者番号 1 2 9 0 2 0 1 5

保険者番号 9 0 2 0 1 0

居宅介護 支援事業者	事業所 番号	9 0 7 0 0 0 2 3 3	〒 9 9 9 - 9 9 9 9
	事業所 名称	支援事業所 3	
生保単独受給者であるため、サービス計画費は生保より支払われる (サービス計画費は難病の給付対象とはならない)			
単位数単 価		1 1 0 5	(円/単位)

項 番	被 保 険 者	被保険者番号	(フリガナ)		氏名	性別	1. 男 2. 女		
		H 0 0 0 0 0 0 3 3 3	カイゴ ジロウ				1. 男	2. 女	
1	被 保 険 者	公費受給者番号	9 9 0 0 0 0 0 3		介護 二郎				
		生年 月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和			要介護 状態区分	1・2・3・4・5	認定 有効期間	平成 3 0 年 0 4 月 0 1 日 から 平成 3 1 年 0 3 月 3 1 日 まで
	被 保 険 者	担当介護支援 専門員番号	9 0 2 0 1 0 0 3		サービス計画 作成依頼 届出年月日	平成 3 0 年 0 3 月 2 8 日			
給 付 費 明 細 欄	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	摘要	サービス単位数合計	
		居宅支援 I 1	4 3 2 1 1 1	1 0 4 2	1	1 0 4 2		1 0 4 2	
									請求額合計
									1 1 5 1 4
項 番	被 保 険 者	被保険者番号	(フリガナ)		氏名	性別	1. 男 2. 女		
							1. 男	2. 女	
	被 保 険 者	公費受給者番号			要介護 状態区分	1・2・3・4・5			
		生年 月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和			認定 有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		
	被 保 険 者	担当介護支援 専門員番号			サービス計画 作成依頼 届出年月日	平成 年 月 日			
給 付 費 明 細 欄	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	摘要	サービス単位数合計	
									請求額合計

様式第十一（附則第二条関係）

給付管理票（平成 30年 4月分）

記載例 13-1

難病の認定を受けた生保単独受給者が訪問看護と訪問介護を受けた場合の給付管理票

保険者番号						保険者名						
9	0	2	0	1	0	〇県〇市						
被保険者番号						被保険者氏名						
H	0	0	0	0	0	フリガナ	カイゴ サブロウ					
4	4	4				介護 三郎						
生年月日						性別	要支援・要介護状態区分等					
明・大 昭 30年 3月 3日						男・女	事業対象者 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・総合事業 支給限度基準額						限度額適用期間						
16,692 単位/月						平成 30年 4月	~	平成 31年 3月				

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・地域包括支援センター作成													
居宅介護/介護予防 支援事業所番号				9	0	7	0	0	0	2	4	4	4
担当介護支援専門員番号				9	0	2	0	1	0	0	4		
居宅介護/介護予防 支援事業者の事業所名				支援事業所 4									
支援事業者の 事業所所在地及び連絡先				〇県〇市 5-5-5									
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・総合事業																		
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/ 総合事業識別	サービス 種類名	サービス 種類コード	給付計画単位数				
サービス事業所 4	9	0	7	0	0	0	1	4	4	4	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	訪問看護	1	3	3	1	0	0
サービス事業所 4	9	0	7	0	0	0	1	4	4	4	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	訪問介護	1	1	2	4	5	0
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
合計													5	5	5	0		

様式第一（附則第二条関係）

平成	3	0	年	0	4	月分
----	---	---	---	---	---	----

介護給付費請求書

記載例 13-2

難病の認定を受けた生保単独受給者が訪問看護と訪問介護を受けた場合の介護給付費請求書

事業所番号	9	0	7	0	0	0	1	4	4	4
請求事業所	名称	サービス事業所 4								
	所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9 〇県〇市 5 - 5 - 5								
	連絡先	999-9999-9999								

保 険 者

(別 記) 殿

下記のとおり請求します。 平成 30年 5月 6日

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	1	5550	61327	27072			
生保 居宅介護支援・ 介護予防支援							
10 感染症 37条の2							
21 障自・通院医療							
15 障自・更生医療							
19 原爆・一般							
54 難病法	1	5550	61327	34255			
51 特定疾患等 治療研究							
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							
66 石綿・救済措置							
58 障害者・支援措置（全 額免除）							
25 中国残留邦人等							
合 計				61327			

様式第二 (附則第二条関係)

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

記載例 13-3 (1枚目)

(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・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)

難病の認定を受けた生保単独受給者が訪問看護と訪問介護を受けた場合の介護給付費明細書

公費負担者番号	5	4	9	0	2	0	1	3
公費受給者番号	9	8	0	0	0	0	4	

平成	
保険者番号	9 0 2 0 1 0

被保険者	被保険者番号	H 0 0 0 0 0 0 4 4 4	
	(フリガナ)	カイゴ サブロウ	
	氏名	介護 三郎	
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 3 0 年 0 3 月 0 3 日	性別 1.男 2.女
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5	
	認定有効期間	平成 3 0 年 0 4 月 0 1 日 から 平成 3 1 年 0 3 月 3 1 日 まで	

請求事業者	事業所番号	9 0 7 0 0 0 1 4 4 4
	事業所名称	サービス事業所 4
	所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9 〇県〇市 5 - 5 - 5
	連絡先	電話番号 999-9999-9999

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 0 7 0 0 0 2 4 4 4	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 9.介護医療院入所														

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	2	4	5	1	0		2	4	5	0	0	3	1	0
身体介護 1	1	1	1	2	4	5	1	0	2	4	5	0	0				
訪問看護 I 1	1	3	1	3	1	0	1	0	3	1	0	0	1	0			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;">                     難病を認定された生保単独受給者が難病を適用されるサービス(訪問看護)と難病を適用されないサービス(訪問介護)を同時に受けた場合、一枚目に難病分の請求、二枚目に生保分の請求を記載する                 </div>																	

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	施設所在保険者番号	摘要				
	1	1	1	2	4	5	1	0	9		0	2	0	1

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 3	訪問看護								
	③サービス実日数	1 0	日	1 0	日								
	④計画単位数		2 4 5 0		3 1 0 0								
	⑤限度額管理対象単位数		2 4 5 0		3 1 0 0								
	⑥限度額管理対象外単位数		0		0								
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥		2 4 5 0		3 1 0 0								
	⑧公費分単位数		0		3 1 0 0								
	⑨単位数単価	1 1	0 5 円/単位	1 1	0 5 円/単位								
	⑩保険請求額		0		0								0
	⑪利用者負担額		0		0								0
	⑫公費請求額		0		3 4 2 5 5								3 4 2 5 5
	⑬公費分本人負担		0		0								0

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

様式第二 (附則第二条関係)

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

記載例 13-3 (2枚目)  
 難病の認定を受けた生保単独受給者が訪問看護と訪問介護を受けた場合の介護給付費明細書

(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・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護以外))

公費負担者番号	1	2	9	0	2	0	1	5
公費受給者番号	9	9	0	0	0	0	4	

平成	9	0	2	0	1	0
保険者番号	9	0	2	0	1	0

被保険者	被保険者番号	H	0	0	0	0	0	0	4	4	4
	(フリガナ)	カイゴ サブロウ									
	氏名	介護 三郎									
	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	要介護 1・2・3・4・5									
	認定有効期間	平成	3	0	年	0	4	月	0	1	日
	平成	3	1	年	0	3	月	3	1	日	まで

請求事業者	事業所番号	9	0	7	0	0	0	1	4	4	4
	事業所名称	サービス事業所 4									
	所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9 〇県〇市 5 - 5 - 5									
	連絡先	電話番号 999-9999-9999									

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	0	7	0	0	0	2	4	4	4
	事業所名称	支援事業所 4									

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 9.介護医療院入所														

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要
	身体介護 1	1 1	1 1 1 1	2 4 5	1 0	2 4 5 0	1 0	2 4 5 0
訪問看護 I 1	1 3	1 0 1 0	3 1 0	1 0	3 1 0 0	0	0	
難病を認定された生保単独受給者が難病を適用されるサービス(訪問看護)と難病を適用されないサービス(訪問介護)を同時に受けた場合、一枚目に難病分の請求、二枚目に生保分の請求を記載する								

給付費明細欄 (住所地特例対象者)	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	施設所在保険者番号	摘要

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

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

様式第一（附則第二条関係）

平成	3	0	年	0	4	月分
----	---	---	---	---	---	----

介護給付費請求書

記載例 1 3-4  
 難病の認定を受けた生保単独受給者が居宅支援事業所より給付管理を受けた場合の介護給付費請求書

事業所番号	9	0	7	0	0	0	2	4	4	4
請求事業所	名称	支援事業所 4								
	所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9 ○県○市 5 - 5 - 5								
	連絡先	999-9999-9999								

保 険 者

(別 記) 殿

下記のとおり請求します。 平成 30年 5月 6日

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							
12 生保 居宅介護支援・ 介護予防支援	1	1042	11514	11514			
10 感染症 37条の2							
21 障自・通院医療							
15 障自・更生医療							
19 原爆・一般							
54 難病法							
51 特定疾患等 治療研究							
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							
66 石綿・救済措置							
58 障害者・支援措置（全 額免除）							
25 中国残留邦人等							
合 計				11514			

サービス計画費は生保で請求する  
 （サービス計画費は難病の給付対象とはならない）

居宅介護支援介護給付費明細書

記載例 13-5

難病の認定を受けた生保単独受給者の居宅介護支援介護給付費明細書

平成

公費負担者番号 1 2 9 0 2 0 1 5

保険者番号 9 0 2 0 1 0

居宅介護支援事業者	事業所番号	9 0 7 0 0 0 2 4	〒	9 9 9 - 9 9 9 9
	事業所名称	支援事業所 4		単位数単価 1 1 0 5 (円/単位)

生保単独受給者であるため、サービス計画費は生保より支払われる  
(サービス計画費は難病の給付対象とはならない)

項番 1	被保険者	被保険者番号	H 0 0 0 0 0 0 4 4 4	(フリガナ)	カイゴ サプロウ	性別	1. 男 2. 女		
		公費受給者番号	9 9 0 0 0 0 4	氏名	介護 三郎				
	被保険者	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 3 0 年 0 3 月 0 3 日	要介護状態区分	1・2・3・4・5	認定有効期間	平成 3 0 年 0 4 月 0 1 日 から 平成 3 1 年 0 3 月 3 1 日 まで		
		担当介護支援専門員番号	9 0 2 0 1 0 0 4	サービス計画作成依頼届出年月日	平成 3 0 年 0 3 月 2 8 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	サービス単位数	摘要	サービス単位数合計	
	居宅支援 I 1		4 3 2 1 1 1	1 0 4 2	1	1 0 4 2		1 0 4 2	
								請求額合計	1 1 5 1 4
項番	被保険者	被保険者番号		(フリガナ)		性別	1. 男 2. 女		
		公費受給者番号		氏名					
	被保険者	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 年 月 日	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		
		担当介護支援専門員番号		サービス計画作成依頼届出年月日	平成 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	サービス単位数	摘要	サービス単位数合計	
								請求額合計	

様式第一（附則第二条関係）

平成	3	0	年	0	4	月分
----	---	---	---	---	---	----

介護給付費請求書

記載例 1 4 - 1  
 難病の認定を受けた生保単独受給者が介護療養型施設に入院し特定入所者介護サービスを受けた場合の介護給付費請求書

事業所番号	9	0
請求事業所	名称	療養施設事業所 5
	所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9 ○県○市 5 - 5 - 5
	連絡先	999-9999-9999

保 険 者

(別 記) 殿

下記のとおり請求します。 平成 30年 5月 6日

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					1	52500	52500
生 保 居宅介護支援・ 介護予防支援							
10 感染症 37条の2							
21 障自・通院医療							
15 障自・更生医療							
19 原爆・一般							
54 難病法	1	26910	287398	287398			
51 特定疾患等 治療研究							
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							
66 石綿・救済措置							
58 障害者・支援措置（全 額免除）							
25 中国残留邦人等							
合 計				287398			52500

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  
(介護療養施設サービス)

記載例 14-2 (1枚目)

難病の認定を受けた生保単独受給者が介護療養型施設に入院し特定入所者介護サービスを受けた場合の介護給付費明細書

公費負担者番号	5	4	9	0	2	0	1	3
公費受給者番号	9	8	0	0	0	0	0	5

平成  
保険者番号

被保険者番号	H	0	0	0	0	0	0	5	5	5	
(フリガナ) 氏名	カイゴ シロウ 介護 四郎										
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	要介護 1・2・3・4・5										
認定有効期間	平成	3	0	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成	3	1	年	0	3	月	3	1	日	まで

事業所番号	9	0	7	0	0	0	1	3	3	3
事業所名称	療養施設事業所 5									
所在地	〒999-9999 〇県〇市5-5-5									
連絡先	電話番号 999-9999-9999									

入院年月日	平成	3	0	年	0	4	月	0	1	日	退院年月日	平成	年	月	日	入院実日数	3	0	外泊日数	0
主傷病	入院前の状況 1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他 9.介護医療院																			
退院後の状況	1.居宅 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 9.介護医療院入所																			

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
療養経過型 I i 3	5 3 1 0 1 1	8 9 7	3 0	2 6 9 1 0	3 0	2 6 9 1 0	
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;">                     難病を認定された生保単独受給者が難病を適用されるサービス（介護療養型サービス）と難病を適用されないサービス（特定入所者介護サービス）を同時に受けた場合、一枚目に難病分の請求、二枚目に生保分の請求を記載する                 </div>							
合計				2 6 9 1 0		2 6 9 1 0	

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単位数合計	2 6 9 1 0	2 6 9 1 0		
②単位数単価	1 0 6 8 円/単位		10 円/単位	10 円/単位
③給付率	0 /100	1 0 0 /100	/100	/100
④請求額 (円)	0	2 8 7 3 9 8		
⑤利用者負担額 (円)	0	0		

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
療養施設食費	5 9 5 3 1 1	1 3 8 0		0 3 0	4 1 4 0 0	0	0	0	0
療養施設多床室	5 9 5 3 2 4	3 7 0		0 3 0	1 1 1 0 0	0	0	0	0
合計					5 2 5 0 0			0	0
					保険分 請求額(円)	0	公費分 請求額	0	公費分本人負担月額 0

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  
(介護療養施設サービス)

記載例 14-2 (2枚目)  
難病の認定を受けた生保単独受給者が介護療養型施設に入院し特定入所者介護サービスを受けた場合の介護給付費明細書

公費負担者番号	1	2	9	0	2	0	1	5
公費受給者番号	9	9	0	0	0	0	0	5

平成  
保険者

被保険者番号	H	0	0	0	0	0	0	5	5	5	
(フリガナ) 氏名	カイゴ シロウ 介護 四郎										
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	要介護 1・2・3・4・5										
認定有効期間	平成	3	0	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成	3	1	年	0	3	月	3	1	日	まで

事業所番号	9	0	7	0	0	0	1	5	5	5
事業所名称	療養施設事業所 5									
所在地	〒999-9999 〇県〇市5-5-5									
連絡先	電話番号 999-9999-9999									

入院年月日	平成	3	0	年	0	4	月	0	1	日	退院年月日	平成	年	月	日	入院実日数	3	0	外泊日数	0
主傷病	入院前の状況 1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他 9.介護医療院																			
退院後の状況	1.居宅 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 9.介護医療院入所																			

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
療養経過型 I i 3	5 3 1 0 1 1	8 9 7	3 0	2 6 9 1 0	0	0	
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;">                     難病を認定された生保単独受給者が難病を適用されるサービス(介護療養型サービス)と難病を適用されないサービス(特定入所者介護サービス)を同時に受けた場合、一枚目に難病分の請求、二枚目に生保分の請求を記載する                 </div>							
合計				2 6 9 1 0		0	

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単位数合計	2 6 9 1 0	0		
②単位数単価	1 0 6 8 円/単位		10 円/単位	10 円/単位
③給付率	0 /100	1 0 0 /100		
④請求額(円)	0	0		
⑤利用者負担額(円)	0	0		

特定入所者介護サービス費は生保より支払われる

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
療養施設食費	5 9 5 3 1 1	1 3 8 0		0 3 0	4 1 4 0 0	0	3 0	4 1 4 0 0	0
療養施設多床室	5 9 5 3 2 4	3 7 0		0 3 0	1 1 1 0 0	0	3 0	1 1 1 0 0	0
合計					5 2 5 0 0			0	0
					保険分請求額(円)	0	公費分請求額	5 2 5 0 0	公費分本人負担月額 0

様式第一（附則第二条関係）

平成	3	0	年	0	4	月分
----	---	---	---	---	---	----

介護給付費請求書

記載例 15-1  
 難病の認定を受けた生保単独受給者が介護療養型施設に入院し特定診療を受けた場合の介護給付費請求書

事業所番号	9	0	7	0	0	0	1	6	6	6
請求事業所	名称	療養施設事業所 6								
	所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9 ○県○市 5 - 5 - 5								
	連絡先	999-9999-9999								

保 険 者

(別 記) 殿

下記のとおり請求します。 平成 30年 5月 6日

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 感染症 37条の2							
21 障自・通院医療							
15 障自・更生医療							
19 原爆・一般							
54 難病法	1	27160	289898	289898			
51 特定疾患等 治療研究							
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							
66 石綿・救済措置							
58 障害者・支援措置（全 額免除）							
25 中国残留邦人等							
合 計				289898			

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  
(介護療養施設サービス)

記載例 15-2

難病の認定を受けた生保単独受給者が介護療養型施設に入院し特定診療を受けた場合の介護給付費明細書

公費負担者番号	5	4	9	0	2	0	1	3
公費受給者番号	9	8	0	0	0	0	0	6

平成	
保険者	

被保険者番号	H	0	0	0	0	0	0	6	6	6	
(フリガナ)	カイゴ ゴロウ										
氏名	介護 五郎										
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	要介護 1・2・3・4・5										
認定有効期間	平成	3	0	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成	3	1	年	0	3	月	3	1	日	まで

事業所番号	9	0	7	0	0	0	1	6	6	6
事業所名称	療養施設事業所 6									
所在地	〒999-9999 〇県〇市5-5-5									
連絡先	電話番号 999-9999-9999									

入院年月日	平成	3	0	年	0	4	月	0	1	日	退院年月日	平成		年		月		日	入院実日数	3	0	外泊日数	0
主傷病											入院前の状況	1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他 9.介護医療院											
退院後の状況											1.居宅 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 9.介護医療院入所												

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
療養経過型 I i 3	5 3 1 0 1 1	8 9 7	3 0	2 6 9 1 0	3 0	2 6 9 1 0	
合計				2 6 9 1 0		2 6 9 1 0	

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
0 5	初期入院診療管理	2 5 0	1	2 5 0	1	2 5 0	
特定診療費についても難病より支払われる							
合計				2 5 0		2 5 0	

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 6 9 1 0	2 6 9 1 0	2 5 0	2 5 0
②単位数単価	1 0 6 8 円/単位		10 円/単位	10 円/単位
③給付率	0 /100	1 0 0 /100	0 /100	1 0 0 /100
④請求額(円)		0 2 8 7 3 9 8	0	2 5 0 0
⑤利用者負担額(円)		0	0	0

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

1 枚中 1 枚目

様式第一（附則第二条関係）

平成	3	0	年	0	4	月分
----	---	---	---	---	---	----

介護給付費請求書

記載例 16-1  
 難病の認定を受けた生保単独受給者が介護療養施設に入院し特定診療及び特定入所者介護サービスを受けた場合の介護給付費請求書

事業所番号	9	0
請求事業所	名称	療養施設事業所 7
	所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9 ○県○市 5 - 5 - 5
	連絡先	999-9999-9999

保 険 者

(別 記) 殿

下記のとおり請求します。 平成 30年 5月 6日

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					1	52500	52500
生保 居宅介護支援・ 介護予防支援							
10 感染症 37条の2							
21 障自・通院医療							
15 障自・更生医療							
19 原爆・一般							
54 難病法	1	27160	289898	289898			
51 特定疾患等 治療研究							
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							
66 石綿・救済措置							
58 障害者・支援措置（全 額免除）							
25 中国残留邦人等							
合 計				289898			52500

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  
(介護療養施設サービス)

記載例 16-2 (1枚目)  
難病の認定を受けた生保単独受給者が介護療養施設に入院し特定診療及び特定入所者介護サービスを受けた場合の介護給付費明細書

公費負担者番号	5	4	9	0	2	0	1	3
公費受給者番号	9	8	0	0	0	0	0	7

平成  
保険者

被保険者番号	H	0	0	0	0	0	7	7	7	
(フリガナ)	カイゴ ロクロウ									
氏名	介護 六郎									
生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男	2.女				
	3	0	年	0	3	月	0	3	日	
要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5									
認定有効期間	平成	3	0	年	0	4	月	0	1	日
	平成	3	1	年	0	3	月	3	1	日

事業所番号	9	0	7	0	0	0	1	7	7	7
事業所名称	療養施設事業所 7									
所在地	〒999-9999 〇県〇市5-5-5									
連絡先	電話番号 999-9999-9999									

入院年月日	平成	3	0	年	0	4	月	0	1	日
退院年月日	平成			年			月			日
入院実日数	3		0		外泊日数	0				
主傷病	入院前の状況 1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他 9.介護医療院									
退院後の状況	1.居宅 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 9.介護医療院入所									

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
療養経過型 I i 3	5 3 1 0 1 1	8 9 7	3 0	2 6 9 1 0	3 0	2 6 9 1 0	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">                     難病を認定された生保単独受給者が難病を適用されるサービス(介護療養型サービス、特定診療費)と難病を適用されないサービス(特定入所者介護サービス)を同時に受けた場合、一枚目に難病分の請求、二枚目に生保分の請求を記載する                 </div>							
合計				2 6 9 1 0		2 6 9 1 0	

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
0 5	初期入院診療管理	2 5 0	1	2 5 0	1	2 5 0	
合計				2 5 0		2 5 0	

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 6 9 1 0	2 6 9 1 0	2 5 0	2 5 0
②単位数単価	1 0 6 8 円/単位		10 円/単位	10 円/単位
③給付率	0 /100	1 0 0 /100	0 /100	1 0 0 /100
④請求額(円)	0	2 8 7 3 9 8	0	2 5 0 0
⑤利用者負担額(円)	0	0	0	0

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
療養施設食費	5 9 5 3 1 1	1 3 8 0		0 3 0	4 1 4 0 0	0	0	0	0
療養施設多床室	5 9 5 3 2 4	3 7 0		0 3 0	1 1 1 0 0	0	0	0	0
合計					5 2 5 0 0			0	0
					保険分請求額(円)	0	公費分請求額	0	公費分本人負担月額
								0	0

2 枚中 1 枚目

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  
(介護療養施設サービス)

記載例 16-2 (2枚目)  
難病の認定を受けた生保単独受給者が介護療養施設に入院し特定診療及び特定入所者介護サービスを受けた場合の介護給付費明細書

公費負担者番号	1	2	9	0	2	0	1	5
公費受給者番号	9	9	0	0	0	0	0	7

平成  
保険者番号

被保険者番号	H	0	0	0	0	0	7	7	7	
(フリガナ)	カイゴ ロクロウ									
氏名	介護 六郎									
生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男	2.女				
	3	0	年	0	3	月	0	3	日	
要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5									
認定有効期間	平成	3	0	年	0	4	月	0	1	日
	平成	3	1	年	0	3	月	3	1	日

事業所番号	9	0	7	0	0	0	1	7	7	7
事業所名称	療養施設事業所 7									
所在地	〒999-9999 〇県〇市5-5-5									
連絡先	電話番号 999-9999-9999									

入院年月日	平成	3	0	年	0	4	月	0	1	日	退院年月日	平成		年		月		日	入院実日数	3	0	外泊日数	0
主傷病	入院前の状況 1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他 9.介護医療院																						
退院後の状況	1.居宅 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 9.介護医療院入所																						

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
療養経過型 I i 3	5 3 1 0 1 1	8 9 7	3 0	2 6 9 1 0	0	0	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">                     難病を認定された生保単独受給者が難病を適用されるサービス(介護療養型サービス、特定診療費)と難病を適用されないサービス(特定入所者介護サービス)を同時に受けた場合、一枚目に難病分の請求、二枚目に生保分の請求を記載する                 </div>							
合計						2 6 9 1 0	0

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
0 5	初期入院診療管理	2 5 0	1	2 5 0	0	0	
合計						2 5 0	0

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 6 9 1 0	0	2 5 0	0
②単位数単価	1 0 6 8 円/単位		10 円/単位	10 円/単位
③給付率	0 /100	1 0 0 /100	0 /100	1 0 0 /100
④請求額(円)	0	0	0	0
⑤利用者負担額(円)	0	0	0	0

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
療養施設食費	5 9 5 3 1 1	1 3 8 0		0 3 0	4 1 4 0 0	0	3 0	4 1 4 0 0	0
療養施設多床室	5 9 5 3 2 4	3 7 0		0 3 0	1 1 1 0 0	0	3 0	1 1 1 0 0	0
合計					5 2 5 0 0			0	0
					保険分 請求額(円)	0	公費分 請求額	5 2 5 0 0	公費分本人負担月額 0

2 枚中 2 枚目