

< 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。

	項目	例	種別 ( )	説明
1	介護予防支援の 指定拡大	例 1	給	介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業所が、要支援者に介護予防サービスを計画した場合の給付管理票及び介護給付費請求明細書
			サ	
			請	
2	死亡月における ターミナルケアマ ネジメント加算の 請求	例 2	給	利用者の居宅を最後に訪問した日の属する月と、利用者の死亡月が異なる場合に、死亡月にターミナルケアマネジメント加算を算定する場合の給付管理票及び介護給付費請求明細書
			サ	

種別については以下のとおりとする

給・・・給付管理票      請・・・請求明細書      サ・・・請求明細書（居宅介護支援費、介護予防支援費）



介護予防支援介護給付費明細書

令和		6	年	4	月
----	--	---	---	---	---

保険者番号	9	0	1	0	0	1
-------	---	---	---	---	---	---

公費負担者番号																				
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護予防 支援事業者	事業所 番号	9	0	7	0	0	0	0	1	1	0	所在地	〒	1	1	1	-	1	1	1	1
	事業所 名称	居宅介護支援事業所											〇〇県 市 1-1								
	連絡先	電話番号 099-111-1111																			
	単位数単価	1 0 0 0										(円/単位)									

項番	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	(フリガナ)	カコ 仔助										性別	1.男 2.女		
	公費受給者番号											氏名	介護 一郎													
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和										要介護 状態区分	要支援1・ 要支援2		認定 有効期間	1. 平成 2. 令和		5	年	4	月	1	日	から		
	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	1. 平成 2. 令和		6	年	4	月	1	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																		
	介護予防支援費	4 6 2 1 2 1		4	7	2	1	4	7	2																
											請求額合計															
											4 7 2 0															
項番	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														
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和										要介護 状態区分	要支援1・ 要支援2		認定 有効期間	1. 平成 2. 令和			年		月		日	から		
	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	1. 平成 2. 令和			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															





居宅介護支援介護給付費明細書

令和		6	年		5	月分
----	--	---	---	--	---	----

保険者番号	9	0	1	0	0	1
-------	---	---	---	---	---	---

公費負担者番号																				
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

居宅介護 支援事業者	事業所 番号	9	0	7	0	0	0	0	1	1	0	所在地 〒 1 1 1 1 - 1 1 1 1 〇〇県 市 1 - 1
	事業所 名称	居宅介護支援事業所										
	連絡先	電話番号 099 - 111 - 1111										
	単位数単価	1	0	0	0	(円/単位)						

項番	被保険者番号	0	0	0	0	0	1	1	1	1	(フリガナ) 加代 仔助	性別	1. 男	2. 女											
	公費受給者番号												氏名	介護 一郎											
被保険者	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	要介護状態区分						要介護	認定有効期間	1. 平成	2. 令和	5	年	4	月	1	日	から				
	担当介護支援 専門員番号	3	0	年	3	月	3	日	1	・	2	・	3	・	4	・	5	1. 平成	2. 令和	6	年	4	月	1	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															
	ターミナルケアマネジメント加算	4	3	6	1	0	0	4	0	0	1	4	0	0	請求額合計										
															4						0	0	0		
項番	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	要介護状態区分						要介護	認定有効期間	1. 平成	2. 令和	年	月	日	から							
	担当介護支援 専門員番号	年	月	日	1. 平成	2. 令和	年	月	日	1. 平成	2. 令和	年	月	日	まで										
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										