

様式第一

平成30年 3 月14日	参考資料 6	平成30年 7 月 5 日	参考資料 8
第 1 回要介護認定情報・介護レセプト等情報の 提供に関する有識者会議		第 2 回要介護認定情報・介護レセプト等情報の 提供に関する有識者会議	

平成			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

介護給付費請求書

保 険 者

(別 記) 殿

下記のとおり請求します。 平成 年 月 日

事業所番号																					
請求事業所	名 称																				
	所在地	〒																			
	連絡先																				

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							
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								

様式第一の二

平成			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

介護予防・日常生活支援総合事業費
請求書

保 險 者

(別 記) 殿

下記のとおり請求します。 平成 年 月 日

事業所番号																			
請求事業所	名 称																		
	所在地	〒																	
	連絡先																		

事業費請求

区分	サービス費用					
	件数	単位数	費用合計	事業費 請求額	公費 請求額	利用者負担
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						
介護予防ケアマネジメント費						
合 計						

公費請求

区 分		サービス費用			
		件数	単位数	費用合計	公費請求額
12	生 保 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				
	生 保 介護予防ケアマネジメント費				
81	被爆者助成				
58	障害者・支援措置（全額免除）				
25	中国残留邦人等				
合 計					

様式第二

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・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・小規模多機能型居宅介護(短期利用)・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)・地域密着型通所介護)

公費負担者番号												平成				年				月分																		
公費受給者番号												保険者番号																										
被保険者	被保険者番号																			請求事業者	事業所番号																	
	(フリガナ)																				事業所名称																	
	氏名																				所在地	〒					ー											
	生年月日	1.明治				2.大正				3.昭和				性別	1.男				2.女																			
				年				月					日																									
要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5																		連絡先	電話番号																		
認定有効期間	平成				年					月					日	から	平成						年					月				日	まで					
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																																					
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																		
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																																					
	③サービス実日数				日				日						日				日																			
	④計画単位数																																					
	⑤限度額管理対象単位数																																					
	⑥限度額管理対象外単位数																																					
	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				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																																					
	⑪利用者負担額																																					
	⑫公費請求額																																					
	⑬公費分本人負担																																					
	社会福祉法人等による軽減欄	軽減率			▲		%		受領すべき利用者負担の総額(円)				軽減額(円)				軽減後利用者負担額(円)				備考																	

様式第二の二

介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書

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

公費負担者番号										平成										年		月分											
公費受給者番号										保険者番号																							
被保険者	被保険者番号												請求事業者	事業所番号																			
	(フリガナ)													事業所名称																			
	氏名													所在地		〒- - ー- -																	
	生年月日		1.明治			2.大正			3.昭和			性別		1. 男		2. 女																	
			年		月		日																										
	要支援状態区分		要支援 1・要支援 2											連絡先		電話番号																	
認定有効期間		平成				年				月				日		から		平成				年				月				日		まで	
介護予防サービス計画		2. 被保険者自己作成										3. 介護予防支援事業者作成																					
		事業所番号										事業所名称																					
開始年月日		平成				年				月				日		中止年月日		平成				年				月				日			
中止理由		1.非該当										3.医療機関入院		4.死亡		5.その他		6.介護老人福祉施設入所		7.介護老人保健施設入所		8.介護療養型医療施設入院											
給付費明細欄	サービス内容		サービスコード		単位数		回数		サービス単位数		公費分回数		公費対象単位数		摘要																		
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																																
	③サービス実日数				日				日				日				日																
	④計画単位数																																
	⑤限度額管理対象単位数																																
	⑥限度額管理対象外単位数																		給付率 (/100)														
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) +⑥																		保険														
	⑧公費分単位数																		公費														
	⑨単位数単価				▲		円／単位				▲		円／単位		▲		円／単位		▲		円／単位				合計								
	⑩保険請求額																																
	⑪利用者負担額																																
	⑫公費請求額																																
	⑬公費分本人負担																																
	社会福祉法人等による軽減欄	軽減率				▲		%		受領すべき利用者負担の総額 (円)		軽減額 (円)		軽減後利用者負担額 (円)		備考																	

様式第二の三

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)

公費負担者番号							
公費受給者番号							

平成			年			月分
保険者番号						

被 保 険 者	被保険者 番号												
	(フリガナ)												
	氏名												
	生年月日	1.明治			2.大正			3.昭和			性別	1. 男 2. 女	
				年			月			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			年			月			日	から		
	平成			年			月			日	まで		

請 求 事 業 者	事業所 番号										
	事業所 名称										
	所在地	〒				-					
連絡先	電話番号										

[illegible]

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

[illegible]

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

様式第三

居宅サービス介護給付費明細書
(短期入所生活介護)

公費負担者番号										平成 年 月分																											
公費受給者番号										保険者番号																											
被保険者	被保険者番号																																				
	(フリガナ)																																				
	氏名																																				
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和						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			年			月			日	から																										
	平成			年			月			日	まで																										
請求事業者	事業所番号																																				
	事業所名称																																				
	所在地	〒 -																																			
	連絡先	電話番号																																			
居宅サービス計画	1.居宅介護支援事業者作成 2.被保険者自己作成																																				
	事業所番号																																				
	事業所名称																																				
入所年月日		平成				年			月			日	退所年月日		平成				年			月			日												
短期入所 実日数																																					
給付費明細欄	サービス内容	サービスコード				単位数				回数 日数	サービス単位数				公費分 回数等	公費対象単位数				摘要																	
	合計																																				
請求額集計欄	区分	保険分										公費分																									
	①計画単位数																																				
	②限度額管理対象単位数																																				
	③限度額管理対象外単位数																																				
	④給付単位数																																				
	⑤単位数単価											円／単位																									
	⑥給付率	／100										／100																									
	⑦請求額 (円)																																				
⑧利用者負担額 (円)																																					
特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード				費用単価(円)				負担限度額				日数				費用額(円)				保険分				公費日数				公費分				利用者負担額			
	合計																																				
															保険分 請求額(円)								公費分 請求額				公費分本人負担月額										
社会福祉法人等による軽減欄	軽減率					%				受領すべき利用者負担の総額 (円)				軽減額 (円)				軽減後利用者負担額 (円)				備考															
	21	短期入所生活介護																																			

枚中 枚目

様式第三の二

介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防短期入所生活介護)

公費負担者番号							平成			年			月分
公費受給者番号							保険者番号						

被 保 険 者	被保険者番号															
	(フリガナ) 氏名															
	生年月日	1.明治			2.大正			3.昭和			性別	1. 男 2. 女				
			年			月			日							
	要支援状態区分	要支援 1 ・ 要支援 2														
認定有効期間	平成			年			月			日	から					
	平成			年			月			日	まで					

請 求 事 業 者	事業所番号																
	事業所名称																
	所在地	〒				-											
連絡先	電話番号																

介護予防 サービス 計画	2.被保険者自己作成 3.介護予防支援事業者作成										入所年月日	平成			年			月			日
	事業所番号										退所年月日	平成			年			月			日
	事業所名称										短期入所 実日数										

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード				単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
		合計									

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

特定入所者介護予防サービス費	サービス内容			サービスコード		費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)			保険分			公費日数	公費分	利用者負担額
合計																	
									保険分 請求額(円)						公費分 請求額		公費分本人負担月額

社会福祉法人等による 軽減欄	軽減率		%	受領すべき利用者 負担の総額 (円)	軽減額 (円)	軽減後利用者 負担額 (円)	備考
	24	介護予防短期入所生活介護					

様式第四

居宅サービス介護給付費明細書
(介護老人保健施設における短期入所療養介護)

公費負担者番号										平成 年 月分													
公費受給者番号										保険者番号													
被保険者	被保険者番号																						
	(フリガナ)																						
	氏名																						
	生年月日		1.明治			2.大正			3.昭和			性別		1. 男 2. 女									
	要介護状態区分		要介護 1・2・3・4・5																				
	認定有効期間		平成		年		月		日		から												
		平成		年		月		日		まで													
請求事業者	事業所番号																						
	事業所名称																						
	所在地		〒 -																				
	連絡先		電話番号																				
居宅サービス計画		1.居宅介護支援事業者作成 2.被保険者自己作成																					
		事業所番号																					
		事業所名称																					
入所年月日		平成		年		月		日															
退所年月日		平成		年		月		日															
短期入所 実日数																							
給付費明細欄	サービス内容			サービスコード			単位数			回数 日数		サービス単位数			公費分 回数等		公費対象単位数			摘要			
	合計																						
緊急時施設療養費	緊急時傷病名		① ② ③										緊急時治療開始年月日		①平成 ②平成 ③平成		年 年		月 月		日 日		
	緊急時治療管理(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																						
	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限度額管理対象単位数																						
	③限度額管理対象外単位数																						
	④給付点数・単位数																						
	⑤点数・単位数単価			円/単位						10円/点・単位			10円/点・単位										
	⑥給付率			/100			/100			/100			/100										
	⑦請求額(円)																						
	⑧利用者負担額(円)																						
特定入所者介護サービス費	サービス内容		サービスコード		費用単価(円)		負担限度額		日数		費用額(円)		保険分		公費日数		公費分		利用者負担額				
	合計																						
											保険分請求額(円)				公費分請求額				公費分本人負担月額				
																	枚中		枚目				

様式第四の二

介護予防サービス介護給付費明細書
(介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護)

公費負担者番号																		平成										年					月分							
公費受給者番号																			保険者番号																					
被 保 険 者	被保険者 番号										事業所 番号										事業所 名称										所在地		〒 -							
	(フリガナ)																																							
	氏名																																							
	生年月日		1.明治		2.大正		3.昭和		性別		1.男		2.女																											
	要支援 状態区分		要支援1・要支援2																																					
認定有効 期間		平成				年				月				日		から																								
		平成				年				月				日		まで																								
介護予防 サービス 計画		2.被保険者自己作成 3.介護予防支援事業者作成																		入所年月日		平成				年				月				日						
		事業所番号										退所年月日		平成				年				月				日														
		事業所名称										短期入所 実日数																												
給 付 費 明 細 欄	サービス内容				サービスコード				単位数		回数 日数		サービス単位数		公費分 回数等		公費対象単位数				摘要																			
	合計																																							
緊 急 時 施 設 療 養 費	緊急時 傷病名		①		②		③		緊急時治療 開始年月日		①平成				年				月				日		日															
	緊急時治療管理（再掲）				単位				単位×						日																									
	特定 治療	リハビリテーション				点		概要																																
		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																																							
	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限度額管理対象単位数																																							
	③限度額管理対象外単位数																																							
	④給付点数・単位数																																							
	⑤点数・単位数単価						円／単位				10円／点・単位				10円／点・単位																									
	⑥給付率		／100				／100				／100				／100																									
	⑦請求額（円）																																							
	⑧利用者負担額（円）																																							
介 護 予 防 サ ー ビ ス 費	サービス内容		サービスコード		費用単価(円)		負担限度額		日数		費用額(円)		保険分		公費日数		公費分		利用者負担額																					
	合計																																							
											保険分 請求額(円)				公費分 請求額				公費分本人負担月額																					

様式第五

居宅サービス介護給付費明細書
(病院・診療所における短期入所療養介護)

公費負担者番号												平成				年		月分															
公費受給者番号												保険者番号																					
被保険者	被保険者番号												請求事業者	事業所番号																			
	(フリガナ)													事業所名称																			
	氏名													所在地		〒 —																	
	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											連絡先		電話番号																	
認定有効期間		平成				年				月				日		から		平成				年				月				日		まで	
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												入所年月日		平成				年				月				日						
	事業所番号												退所年月日		平成				年				月				日						
	事業所名称												短期入所 実日数																				
給付費明細欄	サービス内容			サービスコード			単位数			回数 日数		サービス単位数			公費分 回数等		公費対象単位数			摘要													
合計																																	
特定診療費	傷病名																																
	識別番号		内容			単位数			回数		保険分単位数			公費回数		公費分単位数			摘要														
合計																																	
請求額集計欄	区分			保険分			公費分			保険分特定診療費			公費分特定診療費																				
	①計画単位数																																
	②限度額管理対象単位数																																
	③限度額管理対象外単位数																																
	④給付単位数																																
	⑤単位数単価			円／単位						10 円／単位			10 円／単位																				
	⑥給付率			／100			／100			／100			／100																				
	⑦請求額 (円)																																
	⑧利用者負担額 (円)																																
特定入所者介護サービス費	サービス内容		サービスコード		費用単価(円)		負担限度額		日数		費用額(円)		保険分		公費日数		公費分		利用者負担額														
合計																																	
												保険分 請求額(円)					公費分 請求額				公費分本人負担月額												

枚中

枚目

様式第五の二

介護予防サービス介護給付費明細書
(病院・診療所における介護予防短期入所療養介護)

公費負担者番号										平成 年 月 分																						
公費受給者番号										保険者番号																						
被保険者	被保険者番号																			請求事業者	事業所番号											
	(フリガナ)																				事業所名称											
	氏名																				所在地	〒										
	生年月日	1.明治			2.大正			3.昭和			性別	1. 男		2. 女																		
		年	月	日																												
	要支援状態区分	要支援 1 ・ 要支援 2																														
認定有効期間	平成			年			月			日	から																					
	平成			年			月			日	まで																					
介護予防サービス計画	2.被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者作成																			入所年月日	平成			年			月			日		
	事業所番号																			退所年月日	平成			年			月			日		
	事業所名称																			短期入所 実日数												
給付費明細欄	サービス内容				サービスコード				単位数		回数 日数	サービス単位数		公費分 回数等	公費対象単位数				摘要													
合計																																
特定診療費	傷病名																															
	識別番号	内容				単位数		回数	保険分単位数				公費回数	公費分単位数				摘要														
合計																																
請求額集計欄	区分		保険分				公費分				保険分特定診療費				公費分特定診療費																	
	①計画単位数																															
	②限度額管理対象単位数																															
	③限度額管理対象外単位数																															
	④給付単位数																															
	⑤単位数単価		円／単位								10 円／単位				10 円／単位																	
	⑥給付率		／100				／100				／100				／100																	
	⑦請求額 (円)																															
	⑧利用者負担額 (円)																															
特定入所者介護予防サービス費	サービス内容	サービスコード				費用単価(円)		負担限度額		日数	費用額(円)		保険分		公費日数	公費分		利用者負担額														
合計																																
										保険分 請求額(円)				公費分 請求額				公費分本人負担月額														

枚中

枚目

様式第六

地域密着型サービス介護給付費明細書
(認知症対応型共同生活介護（短期利用以外）)

公費負担者番号										平成										年		月分					
公費受給者番号										保険者番号																	
被保険者	被保険者番号												請求事業者	事業所番号													
	(フリガナ)													事業所名称													
	氏名													所在地		〒 ー											
	生年月日		1.明治 2.大正 3.昭和				性別		1. 男 2. 女		所在地																
	要介護状態区分		要介護 1・2・3・4・5											連絡先		電話番号											
	認定有効期間		平成		年		月		日		から			平成		年		月		日		まで					
入居年月日		平成		年		月		日		退居年月日		平成		年		月		日		入居実日数		外泊日数					
入居前の状況		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																									
退居後の状況		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																									
給付費明細欄	サービス内容			サービスコード			単位数			回数 日数		サービス単位数			公費分 回数等		公費対象単位数			摘要							
合計																											

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

枚中枚目

様式第六の二

地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用以外）)

公費負担者番号												平成				年		月分															
公費受給者番号												保険者番号																					
被保険者	被保険者番号												請求事業者	事業所番号																			
	(フリガナ)													事業所名称																			
	氏名													所在地		〒																	
	生年月日		1.明治		2.大正		3.昭和		性別		1.男			2.女		所在地																	
	要支援状態区分		要支援 2											連絡先		電話番号																	
	認定有効期間		平成				年				月					日		から		平成				年				月				日	
入居年月日		平成				年				月				日		入居実日数				外泊日数													
入居前の状況		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																															
退居後の状況		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																															
給付費明細欄	サービス内容				サービスコード				単位数				回数 日数		サービス単位数				公費分 回数等		公費対象単位数				摘要								
合計																																	
請求額集計欄	区分				保険分								公費分																				
	①単位数合計																																
	②単位数単価				円／単位																												
	③給付率				／100								／100																				
	④請求額（円）																																
⑤利用者負担額（円）																																	

枚中

枚目

様式第六の三

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書
(特定施設入居者生活介護（短期利用以外）・地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用以外）)

公費負担者番号										平成 年 月 分											
公費受給者番号										保険者番号											
被保険者	被保険者番号																				
	(フリガナ)																				
	氏名																				
	生年月日		1.明治 2.大正 3.昭和						性別		1. 男 2. 女										
	要介護状態区分		要介護 1・2・3・4・5																		
	認定有効期間		平成		年		月		日		から		平成		年		月		日		まで
請求事業者	事業所番号																				
	事業所名称																				
	所在地		〒 -																		
	連絡先		電話番号																		

入居年月日	平成	年	月	日	退居年月日	平成	年	月	日	入居実日数	外泊日数	
入居前の状況		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										
退居後の状況		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										

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
	合計								

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		
	⑤単位数単価	円／単位	
	⑥給付率	／100	／100
	⑦請求額（円）		
	⑧利用者負担額（円）		

様式第六の四

介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防特定施設入居者生活介護)

公費負担者番号									
公費受給者番号									

平成			年			月分
保険者番号						

被 保 険 者	被保険者 番号										
	(フリガナ)										
	氏名										
	生年月日	1.明治			2.大正		3.昭和		性別	1. 男 2. 女	
			年		月		日				
	要支援 状態区分	要支援 1 ・ 要支援 2									
認定有効 期間	平成			年			月			日	から
	平成			年			月			日	まで

請 求 事 業 者	事業所 番号											
	事業所 名称											
	所在地	〒				-						
	連絡先	電話番号										

入居 年月日	平成	年	月	日	退居 年月日	平成	年	月	日	入居実日数	外泊日数	
入居前の状況		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										
退居後の状況		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										

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード				単位数				回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
合計														

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								
	⑤単位数単価				円／単位				
	⑥給付率			／100				／100	
	⑦請求額（円）								
⑧利用者負担額（円）									

	枚中		枚目
--	----	--	----

様式第六の五

地域密着型サービス介護給付費明細書
(認知症対応型共同生活介護 (短期利用))

公費負担者番号												平成				年				月分			
公費受給者番号												保険者番号											
被保険者	被保険者番号											請求事業者	事業所番号										
	(フリガナ)												事業所名称										
	氏名												所在地	〒									
	生年月日	1.明治			2.大正			3.昭和			性別			1. 男 2. 女									
			年			月			日														
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5																					
認定有効期間	平成			年			月			日	から												
	平成			年			月			日	まで												
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										入居年月日 平成 年 月 日												
	事業所番号										退居年月日 平成 年 月 日												
	事業所名称										短期利用 実日数												
給付費明細欄	サービス内容	サービスコード			単位数		回数 日数	サービス単位数		公費分 回数等	公費対象単位数			摘要									
		合計																					
請求額集計欄	区分	保険分				公費分																	
	①計画単位数																						
	②限度額管理対象単位数																						
	③限度額管理対象外単位数																						
	④給付単位数																						
	⑤単位数単価				円／単位																		
	⑥給付率	／100				／100																	
	⑦請求額（円）																						
⑧利用者負担額（円）																							

様式第六の大

地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用）)

公費負担者番号										平成 年 月分																					
公費受給者番号										保険者番号																					
被保険者	被保険者番号																			請求事業者	事業所番号										
	(フリガナ)																				事業所名称										
	氏名																				所在地	〒 -									
		生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和			性別	1. 男 2. 女																								
	要支援状態区分	要支援 2																													
認定有効期間	平成 年 月 日 から																			連絡先	電話番号										
	平成 年 月 日 まで																														
介護予防サービス計画	2.被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者作成																				入居年月日 平成 年 月 日										
	事業所番号																				退居年月日 平成 年 月 日										
	事業所名称																				短期利用 実日数										
給付費明細欄	サービス内容	サービスコード				単位数				回数 日数	サービス単位数				公費分 回数等	公費対象単位数				摘要											
合計																															
請求額集計欄	区分		保険分										公費分																		
	①計画単位数																														
	②限度額管理対象単位数																														
	③限度額管理対象外単位数																														
	④給付単位数																														
	⑤単位数単価		円／単位																												
	⑥給付率		／100										／100																		
	⑦請求額（円）																														
⑧利用者負担額（円）																															

様式第六の七

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書
(特定施設入居者生活介護（短期利用）・地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用）)

公費負担者番号

公費受給者番号

平成

年

月分

保険者番号

被保険者

被保険者番号

(フリガナ)

氏名

生年月日

1.明治

2.大正

3.昭和

性別

1. 男

2. 女

要介護状態区分

要介護 1・2・3・4・5

認定有効期間

平成

年

月

日

から

平成

年

月

日

まで

請求事業者

事業所番号

事業所名称

所在地

〒

－

連絡先

電話番号

居宅サービス計画

1.居宅介護支援事業者作成 2.被保険者自己作成

事業所番号

事業所名称

入居年月日

平成

年

月

日

退居年月日

平成

年

月

日

短期利用

実日数

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード			単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	合計									

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

様式第七

居宅介護支援介護給付費明細書

										平成				年			月分				
公費負担者番号																					
居宅介護 支援事業者										事業所 番号											
										事業所 名称											
										所在地		〒									
										連絡先		電話番号									
		単位数単価																			
				(円／単位)																	

項番		被保険者番号										(フリガナ)										性別		1. 男 2. 女											
		氏名																																	
被保険者	公費受給者番号																																		
	生年月日		1. 明治 2. 大正 3. 昭和								要介護 状態区分		要介護 1・2・3・4・5				認定 有効期間		平成			年			月			日	から						
					年			月											日	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					
	項番		被保険者番号										(フリガナ)										性別		1. 男 2. 女										
氏名																																			
被保険者	公費受給者番号																																		
	生年月日		1. 明治 2. 大正 3. 昭和								要介護 状態区分		要介護 1・2・3・4・5				認定 有効期間		平成			年			月			日	から						
					年			月											日	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					

様式第七の二

介護予防支援介護給付費明細書

										平成				年				月分				
公費負担者番号																						
										保険者番号												
介護予防 支援事業者	事業所 番号										所在地		〒				一					
	事業所 名称										連絡先		電話番号									
											単位数単価						(円／単位)					

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																		
		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		平成			年			月			日	から
					年			月			日							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													
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																		
		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		平成			年			月			日	から
					年			月			日							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													

様式第七の三

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
(介護予防ケアマネジメント費)

公費負担者番号							
公費受給者番号							

平成			年			月分
保険者番号						

被 保 険 者	被保険者 番号																
	(フリガナ)																
	氏名																
	生年月日	1.明治			2.大正			3.昭和			性別	1. 男 2. 女					
				年			月			日							
	要支援 状態区分	事業対象者・要支援1・要支援2															
認定有効 期間	平成			年			月			日	から						
	平成			年			月			日	まで						

請求事業者	事業所番号																
	事業所名称																
	所在地	〒					－										
	連絡先	電話番号															

[illegible]

事業費明細欄 (住所地利 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	区分	事業分	公費分
	①サービス単位数合計		
	②単位数単価	円／単位	
	③給付率		／100
	④事業費請求額（円）		

	枚中		枚目
--	----	--	----

様式第八

施設サービス等・地域密着型サービス介護給付費明細書
(介護福祉施設サービス・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)

公費負担者番号												平成				年		月分	
公費受給者番号												保険者番号							

被保険者	被保険者番号												
	(フリガナ)												
	氏名												
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和			性別	1. 男 2. 女							
		年	月	日									
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5			旧措置入所者特例		1. 無 2. 有						
認定有効期間	平成		年		月		日	から					
	平成		年		月		日	まで					

請求事業者	事業所番号												
	事業所名称												
	所在地	〒				ー							
	連絡先	電話番号											

入所年月日	平成			年			月			日	退所年月日	平成			年			月			日	入所実日数			外泊日数			
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																										
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																										

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード				単位数				回数 日数	サービス単位数				公費分 回数等	公費対象単位数				摘要			
合計																							

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

特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード				費用単価(円)		負担限度額		日数	費用額(円)		保険分		公費日数	公費分		利用者負担額	
合計																			
										保険分 請求額(円)				公費分 請求額				公費分本人負担月額	

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			
	51	介護福祉施設サービス																	
	54	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護																	

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)

公費負担者番号												平成 年 月 分													
公費受給者番号												保険者番号													
被保険者	被保険者番号												請求事業者	事業所番号											
	(フリガナ)													事業所名称											
	氏名													所在地		〒 -									
	生年月日		1.明治 2.大正 3.昭和				性別		1. 男 2. 女					所在地											
	要介護状態区分		要介護 1・2・3・4・5											所在地											
	認定有効期間		平成		年		月		日		から			平成		年		月		日		まで			
入所年月日		平成		年		月		日		退所年月日		平成		年		月		日		入所実日数		外泊日数			
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											
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																							
給付費明細欄	サービス内容				サービスコード				単位数		回数 日数		サービス単位数		公費分 回数等		公費対象単位数		摘要						
	合計																								
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 ②平成 ③平成		年		月		日						
			単位 (再掲)		単位		単位×		日				年		月		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				年		月		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																								
	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点数・単位数単価		円/単位				10円/点・単位				10円/点・単位														
	③給付率		/100				/100				/100														
	④請求額 (円)																								
	⑤利用者負担額 (円)																								
介護サービス費	サービス内容		サービスコード		費用単価(円)		負担限度額		日数		費用額(円)		保険分		公費日数		公費分		利用者負担額						
	合計																								
											保険分請求額(円)		公費分請求額				公費分本人負担月額								

枚中 枚目

様式第十

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)

[illegible]

給付管理票（平成 年 月分）

保険者番号										保険者名									
被保険者番号										被保険者氏名									
										フリガナ									
生年月日					性別					要支援・要介護状態区分等									
明・大・昭 年 月 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									
単位／月					平成 年 月					～					平成 年 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														
担当介護支援専門員番号														
居宅介護／介護予防 支援事業者の事業所名														
支援事業者の 事業所所在地及び連絡先														
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					
											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													
											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																								