様式第二

居宅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）

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 年　月　日	性別　1.男　2.女
要介護状態区分	要支援 ・ 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	

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　2.介護保険施設 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他

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

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					給費率（/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					

	枚中		枚目

SAMPLE

様式第三（附則第二条関係）

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	
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 年　月　日	性別	1. 男　2. 女		
要介護状態区分	要支援・1・2・3・4・5				
認定有効期間	年　月　日から 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	年	月	日	サービス提供日
退所年月日	年	月	日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
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）		

	枚中		枚目

SAMPLE

様式第四（附則第二条関係）

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	
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 年　月　日	性別	1. 男　2. 女	
要介護状態区分	要支援・1・2・3・4・5			
認定有効期間	㊎ 年 月 日 から			
	㊎ 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	㊎ 年 月 日			
退所年月日	㊎ 年 月 日			
短期入所　実日数				

サービス提供日

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

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 ② 平成　年　月　日 ③ 平成　年　月　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	
特定治療 処置		点		
特定治療 手術		点		
特定治療 麻酔		点		
特定治療 放射線治療		点		
特定治療 合計		点		

往診日数		医療機関名		通院日数	医療機関名

請求額集計欄

区分	保険分	公費分	保険分特定治療	公費分特定治療
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	１０円／点
⑥給付率	/100	/100	/100	/100
⑦請求額（円）				
⑧利用者負担額（円）				

	枚中		枚目

SAMPLE

様式第五（附則第二条関係）

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	
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　年　月　日	性別　1. 男　2. 女
要介護状態区分	要支援・1・2・3・4・5	
認定有効期間	㍻　年　月　日から ㍻　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	㍻　年　月　日	サービス提供日
退所年月日	㍻　年　月　日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
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

区分		保険分（単位）	公費分（単位）	傷病名	
1.	指導管理等			摘要	
2.	単純ｴｯｸｽ線				
3.	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ				
4.	精神科専門療法				
5.					
6.					
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）				

	枚中		枚目

SAMPLE

様式第六

居宅サービス介護給付費明細書

（痴呆対応型共同生活介護・特定施設入所者生活介護）

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 年　月　日	性別	1．男　2．女		
要介護状態区分	要支援・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	
退所後の状況	1. 居宅　2. 介護施設　3. 医療機関入院　4. 死亡　5. その他											

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）		

SAMPLE

	枚中		枚目

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								

保険者番号						

居宅介護支援事業者	事業所番号		所在地	〒　－
	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				請求計算
	被保険者番号		（フリガナ）		サービスコード
	公費受給者番号		氏名		
	生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和　年　月　日	性別	1. 男　2. 女	単位数
	要介護状態区分	要支援・１・２・３・４・５	認定有効期間	戦　年　月　日 から 戦　年　月　日 まで	請求金額
	居宅サービス計画作成依頼届出年月日			戦　年　月　日	
	被保険者番号		（フリガナ）		サービスコード
	公費受給者番号		氏名		
	生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和　年　月　日	性別	1. 男　2. 女	単位数
	要介護状態区分	要支援・１・２・３・４・５	認定有効期間	戦　年　月　日 から 戦　年　月　日 まで	請求金額
	居宅サービス計画作成依頼届出年月日			戦　年　月　日	
	被保険者番号		（フリガナ）		サービスコード
	公費受給者番号		氏名		
	生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和　年　月　日	性別	1. 男　2. 女	単位数
	要介護状態区分	要支援・１・２・３・４・５	認定有効期間	戦　年　月　日 から 戦　年　月　日 まで	請求金額
	居宅サービス計画作成依頼届出年月日			戦　年　月　日	
	被保険者番号		（フリガナ）		サービスコード
	公費受給者番号		氏名		
	生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和　年　月　日	性別	1. 男　2. 女	単位数
	要介護状態区分	要支援・１・２・３・４・５	認定有効期間	戦　年　月　日 から 戦　年　月　日 まで	請求金額
	居宅サービス計画作成依頼届出年月日			戦　年　月　日	
	被保険者番号		（フリガナ）		サービスコード
	公費受給者番号		氏名		
	生年月日	1. 明治　2. 大正　3. 昭和　年　月　日	性別	1. 男　2. 女	単位数
	要介護状態区分	要支援・１・２・３・４・５	認定有効期間	戦　年　月　日 から 戦　年　月　日 まで	請求金額
	居宅サービス計画作成依頼届出年月日			戦　年　月　日	

SAMPLE

様式第八

施設サービス等介護給付費明細書

（介護老人福祉施設）

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 年　月　日	性別	1．男　2．女	
要介護状態区分	要支援等・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	〒　－
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		
退所後の状況	1. 居宅　2. 介護施設　3. 医療機関入院　4. 死亡　5. その他													

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							

SAMPLE

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）		

食事費用欄

食事提供費								標準負担額（月額）	食事提供費請求額	標準負担額
基本	日数		単価		金額					
特別食										
延べ日数		公費日数		合計				公費請求分		

	枚中		枚目

様式第九

施設サービス等介護給付費明細書

（介護老人保健施設）

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 年　月　日	性別	1．男　2．女	
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			

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		退所後の状況	1. 居宅　2. 介護施設　3. 医療機関入院 4. 死亡　5. その他											

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 ② 平成　年　月　日 ③ 平成　年　月　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	
特定治療 処置		点		
特定治療 手術		点		
特定治療 麻酔		点		
特定治療 放射線治療		点		
特定治療 合計		点		

往診日数		医療機関名		通院日数	医療機関名

請求額集計欄

区分	保険分	公費分	保険分特定治療	公費分特定治療
①点数・単位数合計				
②点数・単位数単価	円／単位		１０円／点	１０円／点
③給付率	/100	/100	/100	/100
④請求額（円）				
⑤利用者負担額（円）				

食事費用欄

食事提供費						標準負担額（月額）	食事提供費請求額	標準負担額
基本	日数	単価	金額					
特別食								
延べ日数		公費日数		合計		公費請求分		

	枚中		枚目

SAMPLE

様式第十

施設サービス等介護給付費明細書

（介護療養型医療施設）

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 年　月　日	性別	1．男　2．女	
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			

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

入院年月日	平成	年	月	日	退院年月日	平成	年	月	日	入院実日数		外泊日数		
主傷病		退院後の状況	1. 居宅　2. 介護施設　3. 医療機関入院 4. 死亡　5. その他											

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

区分		保険分（単位）	公費分（単位）	傷病名	
1.	指導管理等			摘要	
2.	単純ｴｯｸｽ線				
3.	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ				
4.	精神科専門療法				
5.					
6.					
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単位数合計				
②単位数単価	円／単位		10 円／単位	10 円／単位
③給付率	/100	/100	/100	/100
④請求額（円）				
⑤利用者負担額（円）				

食事費用欄

食事提供費								標準負担額（月額）	食事提供費請求額	標準負担額
基本	日数		単価		金額					
特別食										
延べ日数		公費日数		合計				公費請求分		

	枚中		枚目

SAMPLE

様式第十一

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	要介護状態区分
明・大・昭　年　月　日	男・女	要支援・1・2・3・4・5

居宅サービス支給限度基準額	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. 自己作成	
居宅介護支援事業所番号	
居宅介護支援事業者の事業所名	
居宅介護支援事業者の事業所所在地及び連絡先	

居宅サービス

居宅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／基準該当サービス識別	サービス種類名	サービス種類コード	給付計画単位数
		指定・基準該当			
		指定・基準該当			
		指定・基準該当			
		指定・基準該当			
		指定・基準該当			
		指定・基準該当			
		指定・基準該当			
		指定・基準該当			
		指定・基準該当			
		指定・基準該当			
		指定・基準該当			
		指定・基準該当			
		指定・基準該当			
		指定・基準該当			
		指定・基準該当			
		指定・基準該当			
		指定・基準該当			
		指定・基準該当			
		指定・基準該当			

当月合計		
	指定サービス分小計	
	基準該当サービス分小計	
	合計	

SAMPLE