

福岡県医発第1361号(地)

平成17年10月28日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 竹嶋 康 弘



介護保険制度改正に伴う「介護給付費請求の手引き」の送付について

今回の介護保険制度の改正により、介護給付費請求書・明細書の様式が一部変更となることから、福岡県国民健康保険団体連合会から各介護サービス事業者へ直接、「介護給付費請求の手引き」が送付されておりますのでご参考までに別添のとおり1部お送りいたします。

なお、介護給付費請求書・明細書の様式については、経過措置として当面の間、旧様式を使用して構わないこととされております。

小郡三井医師会より

担当理事 蒲池 壽

介護給付費請求の手引き

平成17年10月

福岡県国民健康保険団体連合会

目 次

1. 介護給付費請求書等の記載要領	P 1～
2. 介護給付費請求書・明細書の様式	P 16～
・ 介護給付費請求書 (様式第一)	
・ 居宅サービス介護給付費明細書 (様式第二～六)	
・ 居宅介護支援介護給付費明細書 (様式第七)	
・ 施設サービス等介護給付費明細書 (様式第八～十)	
・ 給付管理票総括票 (福岡県独自分)	
・ 給付管理票 (様式第十一)	
3. 平成 17 年 10 月制度改正に係る請求明細書の記載例について	P 28～
4. 平成 17 年 10 月制度改正に係る請求明細書の記載例について (生活保護受給者の場合) ...	P 41～

○ 介護給付費請求書等の記載要領について(平成 13 年老発第 31 号)

1 介護給付費請求書に関する事項 (様式第一)

(1) サービス提供年月
請求対象となるサービスを提供した年月を和暦で、「年」「月」それぞれ右詰で記載すること。

(2) 請求先
保険者名、公費負担者名等を記載すること。ただし、記載を省略して差し支えないこと。

(3) 請求日
審査支払機関へ請求を行う日付を記載すること。

(4) 請求事業所

① 事業所番号
指定事業所番号または基準該当事業所の登録番号を記載すること。

② 名称
指定等を受けた際に届け出た事業所名を記載すること。

③ 所在地
指定等を受けた際に届け出た事業所の所在地とその郵便番号を記載すること。

④ 連絡先
審査支払機関、保険者からの問い合わせ用の連絡先電話番号を記載すること。

(5) 保険請求 (サービス費用に係る部分)
保険請求の介護給付費明細書(生活保護の単独請求の場合を除く。)について居宅サービス・施設サービス及び居宅介護支援の2つの区分ごとに、以下に示す項目の集計を行って記載すること。合計欄には2つの区分の合計を記載すること。

① 件数

保険請求対象となる介護給付費明細書の件数 (介護給付費明細書の様式ごとに被保険者等 1 人分の請求を 1 件とする。)を記載すること。

② 単位数・点数

保険給付対象の単位数及び点数の合計を記載すること。

③ 費用合計

介護給付費明細書の保険請求対象単位数 (点数) に単位数 (点数) あたり単価を乗じた結果 (小数点以下切り捨て) の合計を記載すること (金額は保険請求額、公費請求額及び利用者負担の合計額)。

④ 保険請求額

介護給付費明細書の保険請求額の合計額を記載すること。

⑤ 公費請求額

介護給付費明細書の公費請求額の合計額を記載すること。

⑥ 利用者負担

介護給付費明細書の利用者負担額と公費分本人負担額を合計した額を記載すること。

(6) 保険請求 (特定入所者介護サービス費等に係る部分)

保険請求の介護給付費明細書(生活保護の単独請求の場合を除く。)について以下に示す項目の集計を行って記載すること。合計欄に同じ内容を記載すること。

① 件数

特定入所者介護サービス費又は特定入所者支援サービス費(以下、「特定入所者介護サービス費等」という。)として、食費及び居住費(滞在費を含む。以下同じ。)が記載された介護給付費明細書の件数を記載すること。

② 費用合計

介護給付費明細書の食費及び居住費の費用額を合計した額を記載すること。

③ 利用者負担

介護給付費明細書の食費及び居住費の利用者負担額と公費分本人負担額を合計した額を記載すること。

④ 公費請求額

介護給付費明細書の食費及び居住費の公費請求分を合計した額を記載すること。

⑤ 保険請求額

介護給付費明細書の食費及び居住費の保険請求分を合計した額を記載すること。

(7) 公費請求 (サービス費用に係る部分)

保険請求の介護給付費明細書のうち、公費の請求に関わるものについて公費の法別に、以下に示す項目の集計を行って記載すること (生活保護の単独請求の場合は、居宅サービス・施設サービス及び居宅介

護支援の2つの区分ごとに集計を行って記載すること。)。合計欄のうち斜線のない欄には全ての公費請求の介護給付費明細書に関する集計を記載すること。

①件数

それぞれの公費の請求対象となる介護給付費明細書の件数（介護給付費明細書の様式ごとに被保険者等1人分の請求を1件とする。）を記載すること。

②单位数·点数

介護給付費明細書の単位数及び点数（公費対象以外を含む。）の合計を記載すること。

③ 合計費用

介護給付費明細書の保険請求対象単位数（点数）に単位数（点数）あたり単価を乗じた結果（小数点以下切り捨て）の合計を記載すること。

特定診療費や特定治療については、単位数（点数）あたり10円を乗じた額の合計額を記載すること。

④公費請求額

介護給付費明細書の当該公費請求額の合計額を記載すること。

(8) 公費請求(特定入所者介護サービス費等に係る部分)

保険請求の介護給付費明細書のうち、特定入所者介護サービス費等として食費及び居住費に係る公費（生保のみ）の請求があるものについて、以下に示す項目の集計を行って記載すること。斜線のない合計欄には介護給付費明細書に関する集計を記載すること。

①件数

特定入所者介護サービス費等として、食費及び居住費が記載された介護給付費明細書の件数を記載すること。

② 計畫費用

介護給付費明細書の食費及び居住費の費用額を合計した額を記載する
こと。

③公費請求額

介護給付費明細書の食費及び居住費の公費請求分を合計した額を記載すること。

2 介護給付費明細書記載に関する事項（様式第二から様式第十一まで）

(1) 共通事項

①基本的留意事項

ア 介護給付費明細書は1事業所(複数のサービス種類を提供する場合で同一事業所番号が割り当てられた事業所を含む。)の被保険者1人(介護給付費明細書に複数の被保険者分を記載する居宅介護支援費の請求を除く。)あたり、1月に1件作成すること。

イ 1枚の介護給付費明細書の明細記入欄に請求明細が記入しきれない場合は、何枚中の何枚目であるかを所定の欄に記載し、複数の介護給付費明細書に分けて明細の記入を行うこと。この際、2枚目以降については、被保険者番号を除く被保険者欄、事業所番号を除く請求事業者欄の記載を省略して差し支えないこと。

また、請求額集計欄は1枚目にのみ記載するものとすること。
ウ 1人の被保険者について同一月の、同一様式の介護給付費明細書を2件にわけて作成することはできないこと（イの場合及び公費併用請求で介護給付費明細書が2枚以上にわたる場合を除く。）。

②サービス種類と介護給付費明細書様式の対応関係(※表は省略)

③介護給付費明細書様式ごとの要記載内容

(※「食事費用欄」を「特定入所者介護サービス費等」に変更し、「社会福祉法人等による軽減額」を追加。表は別記)

[illegible]

※1は居宅介護支援事業者欄

#1は店毛介護文
#2は請求計算欄

被保険者証等の被保険者番号欄に記載された番号を記載すること。

イ 公費受給者番号（様式第七の場合のみ記載）

生活保護受給者で、介護保険の被保険者でない場合については、福祉事務所から発行される生活保護法介護券に記載された公費受

給者番号を記載すること。

ウ 氏名

被保険者証等に記載された氏名及びふりがなを記載すること。

エ 生年月日

被保険者証等に記載された生年月日を記載すること。

オ 元号欄は該当する元号の番号を○で囲むこと。

カ 性別

該当する性別の番号を○で囲むこと。

キ 要介護状態区分

請求対象となる期間における被保険者の要介護状態区分を被保険者証等とともに記載すること。月の途中で要介護状態区分の変更認定等があつて、要介護状態区分が変わつた場合は、月の末日における要介護状態区分（月の末日において要介護認定等の非該当者である場合は、最後に受けていた要介護認定等の要介護状態区分）を記載すること。この場合において、当該要介護状態区分と、当該月の支給限度基準額設定のもととなつた要介護状態区分は一致しない場合があることに留意すること。

キ 旧措置入所者特例（様式第八の場合のみ記載）

旧措置入所者の報酬区分の適用有無を確認し、該当する番号を○で囲むこと。

ク 認定有効期間

サービス提供月の末日において被保険者が受けている要介護認定及び要支援認定（以下「要介護認定等」という。）の有効期間を記載すること。

ケ 居宅サービス計画作成依頼届出年月日（様式第七の場合のみ記載）

被保険者証に記載された居宅介護支援事業者に係る居宅サービス計画作成依頼届出年月日を記載すること。ただし、被保険者でない生活保護受給者の場合は記載は不要であること。

④生活保護受給者に係る介護給付費明細書

生活保護法（昭和25年法律第144号）の指定を受けた介護機関が、介護保険の被保険者でない生活保護受給者の介護扶助に係る介護サービスを提供した場合、その費用に関する請求は介護給付費明細書によつて行うこと。この場合、受給者は被保険者証を保有していないため、福祉事務所の発行する生活保護法介護券の記載事項をもとに介護給付費明細書の記載を行うこと。なお、記載要領については、被保険者でない生活保護受給者に関する場合についても同様とし、「被保険者」と記載している場合は、被保険者でない介護扶助の対象者も含むものとすること。

⑤公費負担医療等受給者に係る介護給付費明細書

公費負担医療等受給者である被保険者において、公費本人負担額を含め公費への請求額が発生しない場合には、該当の公費負担医療に係る情報（公費負担者番号・公費受給者番号等）の記載は行わないこと。

(2) 項目別の記載要領

①サービス提供年月

請求対象となるサービスを提供した年月を和暦で、「年」「月」それぞれを右詰で記載すること。

②公費負担者番号・公費受給者番号

ア 公費負担者番号

公費単独請求、公費と公費又は公費と保険の併用請求の場合に、公費負担者番号を記載すること。

イ 公費受給者番号

公費単独請求、公費と公費又は公費と保険の併用請求の場合に、公費受給者番号を記載すること。

③保険者番号

被保険者証若しくは資格者証又は生活保護受給者で介護保険の被保険者でない場合は福祉事務所から発行される生活保護法介護券（以下「被保険者証等」という。）の保険者番号欄に記載された保険者番号を記載すること。

④被保険者欄

様式第七においては1枚に複数の被保険者欄が存在するが、記載方法は他の様式の場合と同様であること。

ア 被保険者番号

⑤請求事業者（様式第七においては居宅介護支援事業者）

事前印刷又はゴム印等による記載であつても差し支えないこと。

ア 事業所番号

指定事業所番号または基準該当事業所の登録番号を記載すること。

イ 事業所名称

指定等を受けた際に届けた際に届けた事業所名を記載すること。

同一事業所番号で複数のサービス種類を提供しており、それぞれの名称が異なることで事業所名を特定できない場合は、指定申請等を行った際の「申請（開設）者」欄に記載した名称を記載すること。

ウ 所在地

指定等を受けた際に届けた事業所の所在地とその郵便番号を記載すること。

エ 連絡先

審査支払機関、保険者からの問い合わせ用連絡先電話番号を記載すること。

オ 単位数単価（様式第七の場合のみ記載）

事業所所在地における単位数あたりの単価を小数点以下2位まで記載すること。

月の途中で、単位数単価の異なる地域区分をまたがる移転等を行った場合は、月内で最も高い単位数単価を記載すること。

⑥居宅サービス計画（様式第二から様式第五までについて記載）

区分支給限度管理の対象のサービスの請求を行う場合に記載すること（居宅療養管理指導費のみの請求の場合は記載しないこと）。

ア 作成区分

居宅サービス計画の作成方法について該当するものを選んで囲むこと。

イ 事業所番号

居宅介護支援事業者作成の場合に、サービス提供票に記載されている居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者の事業所番号を記載すること。

ウ 事業所名称

居宅介護支援事業者作成の場合に、サービス提供票に記載されている居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者の名称を記載すること。居宅介護支援事業者作成の場合は被保険者が市町

村に届け出て、被保険者証の「居宅介護支援事業者及び事業所の名称」欄に記載された事業所（被保険者でない生活保護受給者の場合は、生活保護法介護券の「指定居宅介護支援事業者名」欄に記載された事業所）であることが必要であること。

⑦開始日・中止日等（様式第二について記載）

ア 開始年月日

被保険者に対し、サービスの提供を開始した月に、最初にサービスを提供した日付を記載すること。前月以前から継続している場合は記載しないこと。

イ 中止年月日

月の途中でサービスの提供を中止した場合に、最後にサービスを提供した日付を記載すること。翌月以降サービスを継続している場合は記載しないこと。

月の途中で、転出等により保険者をまたががる異動が発生し、かつサービスの提供が継続されている場合には、当該転出日を記載すること。

ウ 中止理由

月の途中でサービスの提供を中止した場合の理由について、該当する番号を○で囲むこと。

⑧入退所日等（短期入所分。様式第三、第四及び第五について記載）

ア 入所年月日

前月から継続して入所している場合はその入所した日付を記載、それ以外の場合は当該月の最初の入所した日付を記載すること。

イ 退所年月日

当該月における最初の退所した日付を記載すること。ただし、当該月に退所がなく月末日において入所継続中の場合は記載しないこと。（継続入所が30日を超える場合は、30日目を退所日とみなして記載すること。）

月の途中で、転出等により保険者をまたががる異動が発生し、かつ継続して入所している場合には、当該転出日を記載すること。

ウ 短期入所実日数

給付費明細欄で記載対象とした実日数（ただし報酬告示上算定可能な日数とする。連続30日を超え報酬算定できない日数は含まず、区分支給限度基準額を超える部分に相当する日数は含む）を記載すること。

⑨入退所日等（施設等入所分。様式第六、第八、第九及び第十について記載）

ア 入所（院）年月日

当該施設に入所（院）した日付を記載すること。（医療保険適用病床から介護保険適用病床に転床した場合は、当該転床した日付を記載すること。）

同一月内に同一の施設の入退所を繰り返した場合、月初日に入所（院）中であれば、当該入所（院）の年月日を記載する。月初日に入所（院）中でなければ、当該月の最初に入所（院）した年月日を記載する。

イ 退所（院）年月日

月の途中に退所（院）した場合に、退所（院）した日付を記載すること。（介護保険適用病床から医療保険適用病床に転床した場合は、当該転床した日付を記載すること。）

同一月内に同一の施設の入退所を繰り返した場合、月末日に入所（院）中であれば記載を省略する。月末日に入所（院）中でなければ、当該月の最後に退所（院）した年月日を記載すること。

退所（院）日の翌月に退所（院）前後訪問指導加算を算定する場合は、退所（院）年月日を記載すること。

月の途中で、転出等により保険者をまたがる異動が発生し、かつ継続して入所している場合には、当該転出日を記載すること。

ウ 入所（院）実日数

被保険者等が実際に入所していた日数を記載すること。日数は入所（院）日及び退所（院）日を含むものとし、外泊日数（介護老人福祉施設の場合は入院日数を含む）は含めないこと。なお、介護療養型医療施設の場合の他科受診の日数を含むものとする。

エ 外泊日数（介護老人福祉施設の場合は入院日数を含む）

入所（院）期間中に、被保険者等が外泊（介護老人福祉施設の場合は入院を含む）した場合、外泊（介護老人福祉施設の場合は入院を含む）を開始した日及び施設に戻った日を含まない日数（例えば2泊3日の場合は1日）を記載すること。

オ 主傷病（様式第九及び第十について記載）

介護老人保健施設又は介護療養型医療施設に入所を要することとなった、看護、医学的管理を要する主原因となる傷病名を記載すること。

カ 退所（院）後の状況

月の途中に退所（院）した場合に、退所後の状況として該当する番号を○で囲むこと。

月の途中で、転出等により保険者をまたがる異動が発生し、かつ継続して入所している場合に、退所（院）年月日に転出日を記載する場合には、退所後の状況として「5. その他」を○で囲むこと。

⑩給付費明細欄（様式第七においては請求計算の欄に記載）

当該事業所において頻繁に使用するサービス内容、サービスコード及び単位数を事前に印刷し、回数、サービス単位数等を後から記入する方法をとっても差し支えないこと。

なお、あらかじめ都道府県に届け出て、介護給付費単位数サービスコード表に記載される単位数より低い単位数を請求する場合は、同一のサービスコードに対し、1回又は1日あたりの介護給付費の単位数が異なるごとに行を分けて記載すること。

ア サービス内容（様式第七を除く）

請求対象サービスの内容を識別するための名称として介護給付費単位数サービスコード表のサービスコード内容略称を記載すること。欄内に書ききれない場合はサービス種類の名称（訪問介護、訪問看護等）を記載するだけでも差し支えないこと。

イ サービスコード

請求対象サービスに対応するサービスコード（6桁）を介護給付費単位数サービスコード表で確認して記載すること。

ウ 単位数

請求対象サービスに対応する1回又は1日あたりの介護給付費の単位数を介護給付費単位数サービスコード表で確認して記載すること。ただし、介護給付費の割引、率による加減算等、介護給付費の単位数を計算で求める場合は、介護給付費単位数表の計算方法及び端数処理（単位数の算定に関する端数処理は、基本となる単位数に加減算の計算（何らかの割合を乗ずる計算に限る。）を行うごとに小数点以下の四捨五入を行っていくこととし、絶えず整数値に割合を乗じていく計算とする。）にしたがって算出した単位数を記載すること。また、特別地域加算の場合は、特別地域加算の対象となるサービスコードの所定単位数の合計に所定の率を乗じ小数点以下の四捨五入を行って算出した単位数を記載す

ること。

福祉用具貸与の場合は記載を省略すること。

減算のサービスコードの場合は、単位数の前に「－」の記載をすること。

(記載例：療養型施設医師配置減算「－12」)

エ 回数日数 (様式第二二においては「回数」の欄、様式第七を除く)

サービスの提供回数 (期間ごとに給付費を算定するサービスについては算定回数) 又は提供日数を記載すること。

福祉用具貸与の場合は、福祉用具貸与を現に行った日数を記載すること。

オ サービス単位数 (様式第七を除く)

「ウ 単位数」に「エ 回数日数」を乗じて算出した単位数を記載すること。

福祉用具貸与については、費用の額 (消費税を含む。) を事業所の所在地域の単位数あたり単価で除した結果 (小数点以下四捨五入) を記載すること。

カ 公費分回数等 (様式第二二においては「公費分回数」の欄、様式第七を除く)

「エ 回数日数」のうち、公費負担の対象となる回数又は日数を記載すること (月の途中で公費受給資格に変更があった場合は、対象となった期間に対応する回数または日数を記載すること)。

福祉用具貸与の場合は、月の一部の期間が生活保護適用期間であった場合については、福祉用具貸与を現に行った期間中の生活保護対象期間の日数を記載すること。

キ 公費対象単位数 (様式第七を除く)

「ウ 単位数」に「カ 公費分回数等」を乗じて算出した単位数を記載すること。

福祉用具貸与の場合は、月を通じて生活保護適用期間である場合は「オ サービス単位数」をそのまま転記し、月の一部の期間が生活保護適用期間であった場合については、「オ サービス単位数」を「エ 回数日数」で除した結果に「カ 公費分回数等」を乗じた結果 (小数点以下四捨五入) を記載すること。

ク 摘要 (様式第七を除く)

サービス内容に応じて (別表1) にしたがって所定の内容を記載すること。

ケ 請求金額 (様式第七の場合のみ)

「ウ 単位数」に単位数単価を乗じて得た結果 (小数点以下切り捨て) を記載すること。

⑪緊急時施設療養費 (様式第四及び第九)

ア 緊急時傷病名

入所者の病状が著しく変化し、緊急その他やむをえない事情により施設療養を行った場合に、その傷病名を記載すること。

傷病名が3つを超える場合は、欄内に番号を補記して記載すること。

イ 緊急時治療開始年月日

緊急時傷病名ごとの治療を開始した日付を「ア 緊急時傷病名」に対応させて記載すること。

傷病名が3つを超える場合は、欄内に番号を補記して記載すること。

ウ 緊急時治療管理 (再掲)

緊急時治療管理の合計単位数と1日あたりの所定の単位数、緊急時治療管理を行った日数をそれぞれ記載すること。

(合計単位数＝1日あたり単位数×緊急時治療管理日数)

エ 特定治療の内訳

リハビリテーション、処置、手術、麻酔、放射線治療の区分ごとに点数の合計を記載すること。

オ 特定治療の合計

特定治療の点数の合計を記載すること。

カ 摘要

特定治療の内容について、処置名等、回数、点数及び使用した薬剤名等の内訳をリハビリテーションから放射線治療の項目との対応が明らかになるように、診療報酬明細書の記載方法に準じて記載すること。

キ 往診日数

入所者のために病院又は診療所から往診を求めた日数 (複数の病院又は診療所から往診を求めた場合はその合計日数) を記載すること。

ク 医療機関名

往診を行った医療機関名を記載すること。複数にわたる場合は、すべての医療機関名を記載すること。

ケ 通院日数

入所者を病院又は診療所に通院させた日数（複数の病院又は診療所に通院させた場合はその合計日数）を記載すること。

コ 医療機関名

通院した医療機関名を記載すること。複数にわたる場合は、すべての医療機関名を記載すること。

⑫特定診療費（様式第五及び第十）

ア 傷病名

特定診療費として定められている指導管理等を行った場合、その主な原因となった傷病名を記載すること。

ただし、「感染対策指導管理」及び「褥瘡対策指導管理」のみの場合には、記載は不要であること。

イ 識別番号

特定診療費の項目に対応する識別コード（2桁）を特定診療費識別一覧（別表3）で確認して記載すること。

ウ 内容

特定診療費の内容を識別するための名称として特定診療費識別一覧（別表3）の名称を記載すること。

エ 単位数

特定診療費の項目に対応する1回又は1日あたりの介護給付費の単位数を記載すること。

オ 回数

サービスの提供回数（期間ごとに給付費を算定するサービスについては算定回数）又は提供日数を記載すること。

カ 保険分単位数

「エ 単位数」に「オ 回数」を乗じて算出した単位数を記載すること。

キ 公費回数

「オ 回数」のうち、公費負担の対象となる回数又は日数を記載すること（月の途中で公費受給資格に変更があった場合は、対

象となった期間に対応する回数または日数を記載すること）。

ク 公費分単位数

「エ 単位数」に「キ 公費回数」を乗じて算出した単位数を記載すること。

ケ 摘要

特定診療費の項目に対応して特定診療費識別一覧（別表3）にしたがって所定の内容を記載すること。

コ 合計

保険分単位数、公費分単位数についてそれぞれの行の合計を合計欄に記載すること。

⑬請求額集計欄（様式第二における給付率の記載方法）

ア 保険

介護給付費の基準額のうち保険給付を行う率を百分率で記載すること（例えば通常の場合は90）。利用者負担の減免対象者、保険給付額の減額対象者等については被保険者証、減免証等を参考にして記載すること。

保険給付を行う率が月の途中で変更となった場合には、月内でも大きい率を記載すること。

イ 公費

公費負担の給付を行う率を百分率で記載すること。当該率等については（別表2）を参照すること。

低所得者対策（いわゆる特別対策）における訪問介護については、公費負担医療に準じた取扱いを行うため、保険給付率を加えた率（例えば保険給付率が90%、公費負担率が7%の場合は97%）として記載すること。

⑭請求額集計欄（様式第二におけるサービス種類別の集計）

以下の「ア サービス種類コード」から「シ 公費分本人負担」までについては、給付費明細欄の内容からサービス種類が同じサービスの情報を抽出し、集計を行って記載すること。

ア サービス種類コード

当該サービス種類のコード（サービスコードの上2桁）を記載すること。

イ サービス種類の名称

当該対象サービス種類の名称（訪問介護、訪問入浴介護等）を

記載すること。

ウ サービス実日数

当該対象サービス種類のサービスの行った実日数として、当該事業所において訪問または通所サービスのいずれかを実施した日数、居宅療養管理指導のために利用者の居宅を訪問した日数、福祉用具貸与を現に行った日数をそれぞれ記載すること。

エ 計画単位数

居宅介護支援事業者または被保険者が作成したサービス提供票の別表に記載された、当該月中に当該事業所から提供する当該サービス種類における区分支給限度基準内単位数を記載すること。ただし、居宅療養管理指導の場合には記載不要であること。

オ 限度額管理対象単位数

当該サービス種類のうち、支給限度額管理対象部分（特別地域加算及びターミナルケア加算を除く。）のサービス単位数を合計して記載すること。

カ 限度額管理対象外単位数

当該サービス種類のうち、限度額管理対象外（特別地域加算及びターミナルケア加算）のサービス単位数を合計して記載すること。

キ 給付単位数

「エ 計画単位数」と「オ 限度額管理対象単位数」のいずれか低い方の単位数に「カ 限度額管理対象外単位数」を加えた単位数を記載すること。

ク 公費分単位数

当該サービスの種類の公費対象単位数の合計と「キ 給付単位数」のいずれか低い方の単位数を記載すること。

ケ 単位数単価

事業所所在地における当該サービスの種類の単位数あたり単価を記載すること。

出張所（サテライト事業所）の場合は、出張所所在地における当該サービスの種類の単位数あたり単価を記載すること。なお、この場合、「請求事業者欄」には事業所番号が附番されている事業所の状況を記載すること。

月の途中で、単位数単価の異なる地域区分をまたがる移転等を行った場合は、月内で最も高い単位数単価を記載すること。

コ 保険請求額

「キ 給付単位数」に「ケ 単位数単価」を乗じた結果（小数点以下切り捨て）に、保険の給付率を乗じた結果の金額（小数点以下切り捨て）を記載すること。

計算式：保険請求額＝《《 給付単位数×単位数単価 》×保険給付率 》

《《 》》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。以下同じ。）。

サ 利用者負担額

「キ 給付単位数」に「ケ 単位数単価」を乗じた結果（小数点以下切り捨て）から、「コ 保険請求額」、「シ 公費請求額」及び「ス 公費分本人負担」を差し引いた残りの額を記載すること（サービスの提供の都度利用者負担を徴収している場合等においては、端数処理により徴収した利用者負担の合計とは一致しない場合がありうること。）。

計算式：利用者負担額＝

《 給付単位数×単位数単価 》－保険請求額－公費請求額－公費分本人負担

シ 公費請求額

「ク 公費分単位数」に「ケ 単位数単価」を乗じた結果（小数点以下切り捨て）に、更に公費給付率から保険の給付の率を差し引いた率を乗じた結果（小数点以下切り捨て）から、「ス 公費分本人負担」を差し引いた残りの額を記載すること。

公費の給付率が100/100で、保険給付対象単位数と公費対象単位数が等しく、利用者負担額（公費の本人負担額を除く。）が発生しない場合は、「キ 給付単位数」に「ケ 単位数単価」を乗じた結果（小数点以下切り捨て）から、「コ 保険請求額」と「ス 公費分本人負担」を差し引いた残りの額を記載すること。

計算式：公費請求額＝

《《 公費分単位数×単位数単価 》×（公費給付率－保険給付率）》

ス 公費分本人負担

公費分本人負担

公費負担医療、または生活保護受給者で本人負担額がある場合に、その額を記載すること。

セ 合計

保険請求額から公費分本人負担についてそれぞれの方の合計金額を合計欄に記載すること。

⑮請求額集計欄 (様式第三、第四及び第五の⑮、⑯以外の部分)
様式第三から第五までの特定診療費、緊急時施設療養費以外の請求額集計欄は以下の方法により記載すること。(※表は省略)

⑯請求額集計欄 (様式第六、様式第八、第九及び第十の⑰、⑱以外の部分)

様式第六及び様式第八から第十までの特定診療費、緊急時施設療養費以外の請求額集計欄は以下の方法により記載すること。(※表は省略)

⑰請求額集計欄 (緊急時施設療養費)

様式第四及び様式第九の請求集計欄における緊急時施設療養費部分は以下の方法により記載すること。「項目」における () 内は様式第四における項目名。(※表は省略)

⑱請求額集計欄 (特定診療費)

様式第五及び様式第十の請求額集計欄における特定診療費部分は以下の方法により記載すること。「項目」における () 内は様式第五における項目名。(※表は省略)

⑲特定入所者介護サービス費等欄 (様式第三、第四、第五、第八、第九及び第十)

様式第三から第五及び様式第八から第十までの特定入所者介護サービス費等の食費及び居住費の欄は、以下の方法により記載すること。(※表は別記)

(2)項目別の記載要領
⑲特定入所者介護サービス費等 (様式第三、第四、第五、第八、第九及び第十)

項目	記載内容	備考
①サービス内容	請求対象サービスの内容を識別するための名称として介護給付費単位数サービスコード表のサービス内容略称を記載すること。欄内に書ききれない場合は、食費、居住費(又は滞在費)と記載するだけでも差し支えないこと。	
②サービスコード	請求対象サービスに対応するサービスコード(6桁)を介護給付費単位数サービスコード表で確認して記載すること。	
③費用単価(円)	特定入所者が当該月において利用した食費及び居住費(滞在費)につき、ユニット型個室、ユニット型洋個室、従来型個室及び多床室の区分に対応する1日あたりの費用単価(平均的な費用を勘案して厚生労働大臣が定める額もしくは各施設における現に要した額の低い方の額)を記載すること。	
④負担限度額	「介護保険特定入所者認定証」に記載された食費及び居住費に係る負担限度額を記載する。	
⑤日数	③に対応する食事及び居住(滞在を含む。)の利用に係る日数(外泊日数を含む)を記載すること。	
⑥費用額(円)	「④負担分」に「⑦利用者負担額」を加えた結果の金額を記載すること。	
⑦保険分	「⑥費用単価」から「④負担限度額」を控除した結果に「⑤日数」を乗じた結果の金額を記載すること。	生活保護の単独請求の場合は、当該項目は記載しない。
⑧公費日数	食費及び居住費の区分に対応して公費適用対象の日数を記載すること。	生活保護の単独請求の場合は「⑧公費日数」に「⑥公費日数」を乗じた額となる。
⑨公費分	公費適用期間分の利用者負担額を記載すること。	
⑩利用者負担額	当該月に利用者から現に徴収した額を記載する。	
⑪合計	「⑥費用額」と「⑨公費分」についてそれぞれの方の合計金額を記載する。	
⑫公費分本人負担月額	生活保護で本人負担額がある場合に、その額を記載すること。	
⑬保険分請求額	「⑦保険分」の合計額を記載すること。	
⑭公費分請求額	「公費分」の合計額から「⑫公費分本人負担月額」を控除した結果の金額を記載すること。	

②社会福祉法人等による軽減欄（様式第二、第三及び第八）
 様式第二、第三及び第八の社会福祉法人等による軽減欄は、以下の
 方法により記載すること。（※表は別記）

②社会福祉法人等による軽減欄（様式第二、第三及び第八）

項目	記載内容	備考
①軽減率	「社会福祉法人等利用者負担軽減確認証」に記載された減額割合を百分率で小数点第一位まで記載すること。	
②受領すべき利用者負担の総額(円)	請求額集計欄の該当サービス種類の利用者負担額を転記すること。	様式第三及び第八においては、特定入所者介護サービス費等欄の利用者負担額を含めないこと。
③軽減額(円)	「②受領すべき利用者負担の総額(円)」に「①軽減率」を乗じた結果(小数点以下切り捨て)を記載すること。	
④軽減後利用者負担額(円)	「②受領すべき利用者負担の総額(円)」から「③軽減額(円)」を差し引いた額を記載すること。	
⑤備考	「社会福祉法人等利用者負担軽減確認証」に記載された確認番号を記載すること。	

3 給付管理票に関する事項（様式第十一）

(1) 留意事項

① 月途中で居宅介護支援事業者が変更になった場合（転居等による保険者の変更の場合を除く）、月末時点で市町村への届出対象となっている居宅介護支援事業者が給付管理票を作成すること。

② 事業所ごと及びサービス種類ごとの居宅サービス計画に位置付けられた介護サービスの給付額を月末時点の「サービス利用票（控）」から作成すること。

なお、当初の「サービス利用票」に記載された事業所ごと、サービス種類ごとの給付計画単位数を上回るような場合には、「サービス利用票」等の再作成が必要であり、再作成後の「計画」を記載する。給付管理票の事業所ごとの上限管理に影響がなく、「サービス利用票」の再作成が必要でない場合は、当初の計画を記載する。

(2) 項目別の記載要領

①対象年月

居宅サービス計画の対象となった年月を和暦で記載すること。

②保険者番号

サービス利用票（控）の保険者番号欄に記載された保険者番号を記載すること。

③被保険者番号

サービス利用票（控）の被保険者番号欄に記載された被保険者番号を記載すること。

④被保険者氏名

サービス利用票（控）に記載された氏名及びふりがなを記載すること。

⑤生年月日

サービス利用票（控）に記載された生年月日を記載すること。
 元号は該当する元号を○で囲むこと。

⑥性別

該当する性別を○で囲むこと。

⑦要介護状態区分

サービス利用票（控）に記載された要介護状態区分を記載すること。
 要介護状態区分については、月途中で変更があった場合には、いずれか重い方の要介護状態区分を記載すること。

⑧作成区分

該当する作成者の番号を○で囲むこと。

⑨居宅介護支援事業所番号

居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業所の指定事業所番号または基準該当登録番号を記載すること。ただし、市町村が給付管理票を作成する場合は記載不要であること。(以下、⑩⑪についても同様)

⑩居宅介護支援事業所名

指定等を受けた際に届け出た事業所名を記載すること。

⑪居宅介護支援事業者の事業所所在地及び連絡先

指定等を受けた際に届け出た事業所の所在地と審査支払機関、保険者からの問い合わせ用連絡先電話番号を記載すること。

⑫居宅サービス支給限度基準額

サービス利用票(控)に記載された居宅サービス支給限度基準額を記載すること。

⑬限度額適用期間

サービス利用票(控)に記載された限度額適用期間を記載すること。

⑭居宅サービス事業者の事業所名

サービス利用票別表(控)の事業所、サービス種類ごとの集計行に記載された居宅サービス事業者の事業所名を記載すること。

⑮事業所番号

サービス利用票別表(控)の事業所、サービス種類ごとの集計行に記載された居宅サービス事業者の事業所番号を記載すること。

⑯指定/基準該当サービス識別

指定または基準該当の区分を○で囲むこと。

⑰サービス種類名

サービス利用票別表(控)の事業所、サービス種類ごとの集計行に記載されたサービス種類の名称(訪問介護、訪問入浴介護等)を記載すること。

⑱サービス種類コード

当該サービス種類のコード(サービスコードの上2桁)を記載すること。

⑲給付計画単位数

サービス利用票別表(控)のサービス種類ごとの集計行の区分支給限度基準内単位数に記載された額(単位数)を記載すること。

4 公費の介護給付費明細書に関する事項

(1) 公費の請求が必要な場合における請求明細記載方法の概要

① 介護給付費明細書で公費の請求を行う場合は、下表によるものとする。(※表は省略)

② 2種類以上の公費負担医療の適用がある場合は適用の優先順(別表2を参照)に1枚目の介護給付費明細書から順次公費負担医療の請求計算を行うこと。さらに、生活保護の適用(様式第二で医療系サービスと福祉系サービスをあわせて請求する場合など)があれば、最後の介護給付費明細書で生活保護の請求額を計算すること。

この場合、介護給付費明細書は3枚以上になる場合があること。

なお、ここでのいう公費負担医療には生活保護法の介護扶助、「被爆体験者精神影響等調査研究事業の実施について」(平成14年4月1日健発第0401007号)、「水俣病総合対策費の国庫補助について」(平成4年4月30日環保業発第227号環境事務次官通知)、「メチル水銀の健康影響に係る調査研究事業について」(平成17年5月24日環保企発第050524001号環境事務次官通知)、「茨城県神栖町における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業要綱について」(平成15年6月6日環保企発第030606004号環境事務次官通知)、「原爆被爆者の訪問介護利用者負担に対する助成事業について」(平成12年3月17日健医発第475号厚生省保健医療局長通知)による介護の給付、原爆被爆者の介護保険等利用者負担に対する助成事業について(平成12年3月17日健医発第476号厚生省保健医療局長通知)による介護の給付並びに特別対策(低所得者利用者負担対策)としての「障害者ホームヘルプサービス利用者に対する支援措置」も含むものとする。

(2) 各様式と公費併用請求の関係

各様式ごとの公費請求の組み合わせは下表のようになること。

	保険単独	保険+生保	生保単独	保険+生保+公費	保険+公費	生保+公費	備考
様式第二	○	○	○	*○	*○	*○	*1
様式第三	○	○	○	*○	*○	*○	*2
様式第四	○	○	○	*○	*○	*○	*3
様式第五	○	○	○	○	○	○	
様式第六	○	○	○				
様式第七	○		○				
様式第八	○	○	○	*○	*○	*○	*2
様式第九	○	○	○	*○	*○	*○	*3
様式第十	○	○	○	○	○	○	

生保：生延保額 公費：公費負担医療)

- * 1 原爆被爆者対策助成事業による介護の給付並びに特別対策による訪問介護を含む。
- * 2 原爆被爆者対策助成事業による介護の給付を含む。
- * 3 公費負担医療は、原爆被爆者の一般医療、被爆体験者精神影響等調査研究事業、水俣病発生地域においてメチル水銀の曝露を受けた可能性のある者であって、原因が明らかなものを除く四肢末端の感覚障害に関連する疾病等の医療、メチル水銀の健康影響に係る調査研究事業及び茨城県神栖町におけるジフェニルシ酸の曝露に起因しないことが明らかな疾病等を除く医療のみ。

(別表1)

摘要欄記載事項

サービス種類	サービス内容(算定項目)	摘要記載事項	備考
サテライトサービス提供(訪問介護・訪問看護・通所介護)	事業所からのサービス提供(訪問介護・訪問看護・通所介護)	「サテライト」の略称として英字2文字を記載すること。 例 ST	
訪問介護	4時間以上の場合	計画上の所要時間を分単位で記載すること。 例 260分 単位を省略することも可。 例 260	4時間以上の点数は、1回あたりの点数の根拠を所要時間にて示すこと。
訪問看護	ターミナルケア加算を算定する場合	対象者が死亡した日を記載すること。 なお、訪問看護を月の末日に開始しターミナルケアを行い、その翌日に対象者が死亡した場合、死亡した年月日を記載すること。 例 20030501 (死亡日が2003年5月1日の場合)	
訪問リハビリテーション	日常生活活動訓練加算を算定する場合	病院若しくは診療所または介護保険施設から退院・退所した年月日を記載すること。 例 20030501 (退院(所)日が2003年5月1日の場合)	
居宅療養管理指導		算定回数に応じて居宅訪問日を記載すること(訪問日が複数あるときは「」で区切る)。 例 6、20日 単位を省略することも可。 例 6、20	
通所リハビリテーション	退院(所)後1年以内に個別リハビリテーション加算を算定する場合	病院若しくは診療所または介護保険施設から退院・退所した年月日を記載すること。 例 20030501 退院(所)日が2003年5月1日の場合)	
福祉用具貸与	福祉用具貸与	別記を参照	
	特別地域加算を算定する場合	特別地域加算を算定する場合福祉用具貸与を開始した日付を記載すること。 例 6日 単位を省略することも可。 例 6	

短期入所生活介護	多床室のサービスコードの適用理由	適用理由の番号を摘要欄に左詰めで記載すること。 1 多床室入所 2 制度改正前入所による経過措置 3 感染症等により医師が必要と判断した従来型個室への入所者 4 居住面積が一定以下 5 著しい精神症状等により医師が必要と判断した従来型個室への入所者	一月内で複数の滞在理由に該当する場合は、最初の滞在理由を記載すること。
短期入所療養介護	多床室のサービスコードの適用理由	適用理由の番号を摘要欄に左詰めで記載すること。 1 多床室入所 2 制度改正前入所による経過措置 3 感染症等により医師が必要と判断した従来型個室への入所者 4 居住面積が一定以下 5 著しい精神症状等により医師が必要と判断した従来型個室への入所者	一月内で複数の滞在理由に該当する場合は、最初の滞在理由を記載すること。
介護福祉施設サービス	退所前後訪問相談援助加算	家庭等への訪問日を記載すること。 例 20日 単位を省略することも可。 例 20	
介護福祉施設サービス	多床室のサービスコードの適用理由	適用理由の番号を摘要欄に左詰めで記載すること。 1 多床室入所 2 制度改正前入所による経過措置 3 感染症等により医師が必要と判断した従来型個室への入所者（30日以内の者） 4 居住面積が一定以下 5 著しい精神症状等により医師が必要と判断した従来型個室への入所者	一月内で複数の入所理由に該当する場合は、最初の入所理由を記載すること。
介護福祉施設サービス	退所前後訪問指導加算	訪問看護指示書の交付日を記載すること。 例 20日 単位を省略することも可。 例 20	
介護福祉施設サービス	老人訪問看護指示加算	訪問看護指示書の交付日を記載すること。 例 20日 単位を省略することも可。 例 20	

介護福祉施設サービス	多床室のサービスコードの適用理由	適用理由の番号を摘要欄に左詰めで記載すること。 1 多床室入所 2 制度改正前入所による経過措置 3 感染症等により医師が必要と判断した従来型個室への入所者（30日以内の者） 4 居住面積が一定以下 5 著しい精神症状等により医師が必要と判断した従来型個室への入所者	一月内で複数の入所理由に該当する場合は、最初の入所理由を記載すること。
介護福祉施設サービス	他科受診時費用	他科受診を行った日を記載すること（複数日行われたときは「」で区切る）。 例 6、20日 単位を省略することも可。 例 6、20	
介護福祉施設サービス	退院前後訪問指導加算	家庭等への訪問日を記載すること。 例 20日 単位を省略することも可。 例 20	
介護福祉施設サービス	老人訪問看護指示加算	訪問看護指示書の交付日を記載すること。 例 20日 単位を省略することも可。 例 20	
介護福祉施設サービス	多床室のサービスコードの適用理由	適用理由の番号を摘要欄に左詰めで記載すること。 1 多床室入所 2 制度改正前入所による経過措置 3 感染症等により医師が必要と判断した従来型個室への入所者（30日以内の者） 4 居住面積が一定以下 5 著しい精神症状等により医師が必要と判断した従来型個室への入所者	一月内で複数の入所理由に該当する場合は、最初の入所理由を記載すること。
介護福祉施設サービス	介護給付費の割引	割引の率を%の記号をつけて記載すること。 例 5% %を省略することも可。 例 5	

複数の適用記載事項がある場合は、表上の掲載順に従って「/」で区切って記載すること。
例 ST/260/5%（サテライト事業所から260分の訪問介護を5%の割引率で実施した場合。）

(別表2)

保険優先公費一覧(適用優先度順)

項番	制 度	給付対象	法別 番号	資格 証明等	公費の 給付率	負担割合	介護保険と関連する 給付対象
1	結核予防法 (昭和26年法律第6号) 「一般患者に対する医療」	結核に関する治療・検査等者令で定めるもの	10	患者票	95	介護保険を優先し95%までを公費で負担	医療機関の短期入所療養介護及び介護療養施設サービスにかかるとする特
2	結核予防法 「従業禁止、命令入所者の医療」	従業禁止、命令入所者に対する医療	11	患者票	100	保険優先利用者本人負担額がある	従業禁止者の訪問看護、居宅療養管理指導
3	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 (昭和25年法律第123号) 「通院医療」	通院による精神障害の医療	21	患者票	95	介護保険を優先し95%までを公費で負担	訪問看護
4	身体障害者福祉法 (昭和24年法律第283号) 「更正医療」	身体障害者に対する更正医療(リハビリテーション)	15	更正医療券	100	介護保険優先利用者本人負担額がある	訪問看護、医療機関の訪問リハビリテーション、医療機関の通所リハビリテーション及び介護療養施設サービス
5	原子爆弾被害者に対する医療に関する法律 (平成6年法律第117号) 「一般疾病医療費の給付」	健康保険と同様	19	被爆者手帳	100	介護保険優先、残りを全額公費	介護老人保健施設サービス等の全て
6	被爆体験者精神影響等調査研究事業の実施について (平成14年4月1日健康第0401007号)	被爆体験による精神的影響に基づく健康影響に関する特定の関連する身体化症状・心身症のみ	85	受給者証	100	介護保険優先、残りを全額公費	訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所リハビリテーション、短期入所療養介護、介護保健施設サービス及び介護療養施設サービス等の医療系サービス
7	特定疾患治療研究事業について (昭和48年4月17日衛発第242号厚生省公衆衛生局長通知) 「治療研究に係る医療費の給付」	特定の疾患のみ	51	受給者証	100	介護保険優先利用者本人負担額がある	訪問看護、医療機関の訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導及び介護療養施設サービス
8	先天性血液凝固因子障害等治療研究事業について (平成元年7月24日健康第896号厚生省保健医療局長通知) 「治療研究に係る医療費の給付」	同上	51	受給者証	100	同上	同上
9	「水俣病総合対策費の国庫補助について」 (平成4年4月30日健康第227号環境省事務次官通知) 「療養費及び研究治療費の支給」	水俣病発生地域においてメチル水銀の曝露を受けた可能性のある者であって、原因が明らかでないものを除く四肢末端の感覚障害等に関連する疾病等の医療	88	医療手帳	100	介護保険優先、残りを全額公費	介護老人保健施設サービス等の全て

項番	制 度	給付対象	法別 番号	資格 証明等	公費の 給付率	負担割合	介護保険と関連する 給付対象
10	「メチル水銀の健康影響に係る調査研究事業について」 (平成17年5月24日環境省令第050524001号環境事務次官通知) 「研究治療費の支給」	メチル水銀の曝露に起因するものではないことが明らかでないものを除く疾病等の医療	88	医療手帳	100	介護保険優先、残りを全額公費	介護老人保健施設サービス等の全て
11	「茨城県神栖町における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業要綱について」 (平成15年6月6日環境省令第03060004号環境事務次官通知) 「医療費の通知」	茨城県神栖町における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業要綱について	87	医療手帳	100	介護保険優先、残りを全額公費	介護老人保健施設サービス等の全て
12	特別対策 (低所得者対策等)	低所得者の利用負担の超過措置	56	受給者証	94	介護保険を優先し残りの4%を公費で負担する	訪問介護
		障害者の施設利用者への支援措置	57	受給者証	97	介護保険を優先し残りの7%を公費で負担する	訪問介護
13	原爆被爆者の訪問介護利用者負担に対する助成事業について (平成12年3月17日健康第475号厚生省保健医療局長通知) 「介護の給付」	低所得者の被爆者に対する訪問介護	81	被爆者健康手帳	100	介護保険優先、残りを全額公費	訪問介護
14	原爆被爆者の介護保険等利用者負担に対する助成事業について (平成12年3月17日健康第476号厚生省保健医療局長通知) 「介護の給付」	被爆者に対する介護福祉施設サービス等、通所介護及び短期入所生活介護	81	被爆者健康手帳	100	介護保険優先、残りを全額公費	介護福祉施設サービス、通所介護及び短期入所生活介護
15	生活保護法の「介護扶助」	介護保険の給付対象サービス	12	介護券	100	介護保険優先利用者本人負担がある	介護保険の給付対象と 同様

介護給付費請求書・明細書様式

様式番号	種類	見直し事項
様式第一	介護給付費請求書	食事提供費用の欄を特定入所者介護サービス費等に変更。
様式第二	訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション又は福祉用具貸与に係る居宅サービス介護給付費明細書	社福軽減欄の追加。
様式第三	短期入所生活介護に係る居宅サービス介護給付費明細書	特定入所者介護サービス費等の食費・居住費に係る記載欄を追加。 社福軽減欄の追加。
様式第四	介護老人保健施設における短期入所療養介護に係る居宅サービス介護給付費明細書	特定入所者介護サービス費等の食費・居住費に係る記載欄を追加。
様式第五	病院又は診療所における短期入所療養介護に係る居宅サービス介護給付費明細書	特定入所者介護サービス費等の食費・居住費に係る記載欄を追加。
様式第六	認知症対応型共同生活介護又は特定施設入所者生活介護に係る居宅サービス介護給付費明細書	
様式第七	居宅介護支援介護給付費明細書	
様式第八	介護福祉施設サービスに係る施設サービス介護給付費明細書	食事費用欄を削除。 特定入所者介護サービス費の食費・居住費に係る記載欄を追加。 社福軽減欄の追加。
様式第九	介護保健施設サービスに係る施設サービス介護給付費明細書	食事費用欄を削除。 特定入所者介護サービス費の食費・居住費に係る記載欄を追加。
様式第十	介護療養施設サービスに係る施設サービス介護給付費明細書	食事費用欄を削除。 特定入所者介護サービス費の食費・居住費に係る記載欄を追加。
様式第十一	給付管理票	

介護給付費請求書・明細書様式

様式番号	種類	見直し事項
様式第一	介護給付費請求書	食事提供費用の欄を特定入所者介護サービス費等に変更。
様式第二	訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション又は福祉用具貸与に係る居宅サービス介護給付費明細書	社福軽減欄の追加。
様式第三	短期入所生活介護に係る居宅サービス介護給付費明細書	特定入所者介護サービス費等の食費・居住費に係る記載欄を追加。 社福軽減欄の追加。
様式第四	介護老人保健施設における短期入所療養介護に係る居宅サービス介護給付費明細書	特定入所者介護サービス費等の食費・居住費に係る記載欄を追加。
様式第五	病院又は診療所における短期入所療養介護に係る居宅サービス介護給付費明細書	特定入所者介護サービス費等の食費・居住費に係る記載欄を追加。
様式第六	認知症対応型共同生活介護又は特定施設入所者生活介護に係る居宅サービス介護給付費明細書	
様式第七	居宅介護支援介護給付費明細書	
様式第八	介護福祉施設サービスに係る施設サービス介護給付費明細書	食事費用欄を削除。 特定入所者介護サービス費の食費・居住費に係る記載欄を追加。 社福軽減欄の追加。
様式第九	介護保健施設サービスに係る施設サービス介護給付費明細書	食事費用欄を削除。 特定入所者介護サービス費の食費・居住費に係る記載欄を追加。
様式第十	介護療養施設サービスに係る施設サービス介護給付費明細書	食事費用欄を削除。 特定入所者介護サービス費の食費・居住費に係る記載欄を追加。
様式第十一	給付管理票	

様式第一

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
居宅サービス・ 施設サービス											
居宅介護支援											
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 居宅サービス・ 施設サービス							
	生 保 居宅介護支援							
10	結核 34 条							
11	結核 35 条							
21	精神 32 条							
15	身障・更生							
19	原爆・一般							
51	特定疾患等 治療研究							
57	障害者・支援措 置							
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							
合 計								

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										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	サービス種類コード / 名称																						
	サービス実日数			日			日			日			日										
	計画単位数																						
	限度額管理対象単位数																						
	限度額管理対象外単位数																						
	給付単位数(のうち 少ない数) +															給付率(/100)							
	公費分単位数															保険							
	単位数単価			円 / 単位			円 / 単位			円 / 単位			円 / 単位			公費							
	保険請求額															合計							
	利用者負担額																						
	公費請求額																						
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			
	11	訪問介護サービス費																					
	15	通所介護サービス費																					
																				枚中		枚目	

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												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	要支援・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																																					
請求額集計欄	区分	保険分				公費分																															
	計画単位数																																				
	限度額管理対象単位数																																				
	限度額管理対象外単位数																																				
	給付単位数																																				
	単位数単価					円 / 単位																															
	給付率					/ 100								/ 100																							
	請求額 (円)																																				
利用者負担額 (円)																																					
特定入所者介護サービス費等	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	短期入所生活介護サービス費																																				
																								枚中		枚目											

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

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

居室
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

事業所
番号

事業所
名称

所在地
〒 -

連絡先
電話番号

請求事業者

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

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
傷病名

緊急時治療
開始年月日 平成 年 月 日
平成 年 月 日

緊急時治療管理(再掲) 単位 単位×
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

区分 保険分 公費分 保険分特定治療 公費分特定治療

計画単位数
限度額管理対象単位数
限度額管理対象外単位数
給付点数・単位数
点数・単位数単価 円 / 単位 10 円 / 点 10 円 / 点
給付率 / 100 / 100 / 100
請求額(円)
利用者負担額(円)

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

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)

[illegible]

様式第六

居宅サービス介護給付費明細書
(認知症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												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	要支援・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 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																		
	単位数合計																									
	単位数単価							円 / 単位																		
	給付率							/ 100								/ 100										
	請求額 (円)																									
利用者負担額 (円)																										

										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								性 別	1.男 2.女								単位数						
			年 月 日																							
	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	請求 金額			
										平成				年			月			日	まで					
居宅サービス計画作成依頼届出年月日										平成			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								性 別	1.男 2.女								単位数						
			年 月 日																							
	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	請求 金額			
										平成				年			月			日	まで					
居宅サービス計画作成依頼届出年月日										平成			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								性 別	1.男 2.女								単位数						
			年 月 日																							
	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	請求 金額			
										平成				年			月			日	まで					
居宅サービス計画作成依頼届出年月日										平成			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								性 別	1.男 2.女								単位数						
			年 月 日																							
	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	請求 金額			
										平成				年			月			日	まで					
居宅サービス計画作成依頼届出年月日										平成			年			月			日							

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																																																																																																							
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 性別 1.男 2.女 要介護状態区分 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.介護保険施設 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他																																																																																																							
給付費明細欄 <table><thead><tr><th>サービス内容</th><th>サービスコード</th><th>単位数</th><th>回数 日数</th><th>サービス単位数</th><th>公費分 回数等</th><th>公費対象単位数</th><th>摘要</th></tr></thead><tbody><tr><td colspan="7"></td><td></td></tr><tr><td colspan="7"></td><td></td></tr><tr><td colspan="7"></td><td></td></tr><tr><td colspan="7"></td><td></td></tr><tr><td colspan="7"></td><td></td></tr><tr><td colspan="7"></td><td></td></tr><tr><td colspan="7"></td><td></td></tr><tr><td colspan="7"></td><td></td></tr><tr><td colspan="7"></td><td></td></tr><tr><td colspan="7"></td><td></td></tr><tr><td colspan="7">合計</td><td></td></tr></tbody></table>								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							
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 <table><thead><tr><th>区分</th><th>保険分</th><th>公費分</th></tr></thead><tbody><tr><td>単位数合計</td><td></td><td></td></tr><tr><td>単位数単価</td><td>円 / 単位</td><td></td></tr><tr><td>給付率</td><td>/ 100</td><td>/ 100</td></tr><tr><td>請求額（円）</td><td></td><td></td></tr><tr><td>利用者負担額（円）</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>								区分	保険分	公費分	単位数合計			単位数単価	円 / 単位		給付率	/ 100	/ 100	請求額（円）			利用者負担額（円）																																																																																
区分	保険分	公費分																																																																																																					
単位数合計																																																																																																							
単位数単価	円 / 単位																																																																																																						
給付率	/ 100	/ 100																																																																																																					
請求額（円）																																																																																																							
利用者負担額（円）																																																																																																							
特定入所者介護サービス費 <table><thead><tr><th>サービス内容</th><th>サービスコード</th><th>費用単価(円)</th><th>負担限度額</th><th>日数</th><th>費用額(円)</th><th>保険分</th><th>公費日数</th><th>公費分</th><th>利用者負担額</th></tr></thead><tbody><tr><td colspan="9"></td><td></td></tr><tr><td colspan="9"></td><td></td></tr><tr><td colspan="9"></td><td></td></tr><tr><td colspan="6">合計</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="6"></td><td>保険分 請求額(円)</td><td></td><td>公費分 請求額</td><td>公費分本人負担月額</td></tr></tbody></table>								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																																				
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 <table><thead><tr><th>軽減率</th><th>%</th><th>受領すべき利用者 負担の総額（円）</th><th>軽減額（円）</th><th>軽減後利用者 負担額（円）</th><th>備考</th></tr></thead><tbody><tr><td>51</td><td>施設介護サービス費</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>								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	施設介護サービス費																																																																																								
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	施設介護サービス費																																																																																																						
枚中 枚目																																																																																																							

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																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		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 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														緊急時治療開始年月日				平成 平成 平成				年 年 年				月 月 月				日 日 日												
	緊急時治療管理（再掲）				単位				単位×						日		摘 要																										
	特 定 治 療	リハビリテーション				点																																					
		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																							
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																										
	点数・単位数合計																																										
	点数・単位数単価								円／単位								10円／点																										
	給付率								／100								／100				／100																						
	請求額（円）																																										
	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												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		1・2・3・4・5											所在地																					
	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																											
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 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																				
	単位数合計																																		
	単位数単価		円 / 単位				10 円 / 単位				10 円 / 単位																								
	給付率		/ 100				/ 100				/ 100				/ 100																				
	請求額 (円)																																		
	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

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							

平成 17 年 10 月制度改正にかかる請求明細書の記載例について

1. 特定入所者介護サービス費

(1) 短期入所生活介護（様式第 3）のサービスにて、ユニット型個室に 10 日間滞在後、ユニット型準個室に 15 日間滞在。

要介護状態は要介護 3、利用者負担第 3 段階の認定を受けている場合の記載内容。

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
単ユ短期生活 3	2 1 1 4 3 1	8 0 0	1 0	8 0 0 0			
単ユ短期生活 3	2 1 1 4 3 5	8 0 0	1 5	1 2 0 0 0			
合計				2 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
短期生活食費	5 9 2 1 1 1	1 3 8 0	6 5 0	2 5	3 4 5 0 0	1 8 2 5 0			1 6 2 5 0
短期生活ユニット型個室	5 9 2 1 2 1	1 9 7 0	1 6 4 0	1 0	1 9 7 0 0	3 3 0 0			1 6 4 0 0
短期生活ユニット型準個室	5 9 2 1 2 2	1 6 4 0	1 3 1 0	1 5	2 4 6 0 0	4 9 5 0			1 9 6 5 0
合計					7 8 8 0 0				5 2 3 0 0
					保険分 請求額(円)	2 6 5 0 0	公費分 請求額		公費分本人負担月額

(2) 短期入所療養介護（様式第 4）のサービスにて、平成 17 年 9 月 30 日から従来型個室に入所しており、10 月 11 日より多床室に移動し、10 月 15 日に退所。

要介護状態は要支援、利用者負担第 1 段階の認定を受けている場合の 10 月サービス分の記載内容。

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
老健短期 支	2 2 1 3 0 1	7 9 7	1 5	1 1 9 5 5			2
合計				1 1 9 5 5			

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
短期老健食費	5 9 2 2 1 1	1 3 8 0	3 0 0	1 5	2 0 7 0 0	1 6 2 0 0			4 5 0 0
短期老健多床室	5 9 2 2 2 4	3 2 0	0	1 5	4 8 0 0	4 8 0 0			0
合計					2 5 5 0 0				4 5 0 0
					保険分 請求額(円)	2 1 0 0 0	公費分 請求額		公費分本人負担月額

注：平成 17 年 9 月 30 日～10 月 10 日は従来型個室に入所しているが、制度改正前からの入所であり、特別な室料の徴収を行っていないことから、経過措置にてその間の本体報酬・特定入所者介護サービス費は、ともに多床室扱いとなる。

また、多床室のサービスコードを記載する場合は、摘要欄にその適用理由を記載する。適用理由が途中で変更となった場合は、月初の適用理由を記載する。摘要欄に記載する適用理由は以下のとおり。

1→多床室入所、2→制度改正前入所による経過措置、3→感染症等により医師が必要と判断した従来型個室への入所者（30 日以内のもの）、4→居住面積が一定以下、5→著しい精神症状等により医師が必要と判断した従来型個室への入所者

(3) 短期入所療養介護(様式第5)のサービスにて、ユニット型病院療養型・夜間勤務等看護()の体制の事業所へ、月初より29日間ユニット型個室に入所。

要介護状態は要介護5、利用者負担第1段階の認定を受けている場合の記載内容。

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	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	ユ型病院療養短期 5・夜勤	2 3 2 5 5 2	1 2 8 3	2 9	3 7 2 0 7			
	合計				3 7 2 0 7			

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
	計画単位数	3 5 8 3 0			
	限度額管理対象単位数	3 7 2 0 7			
	限度額管理対象外単位数				
	給付単位数	3 5 8 3 0			
	単位数単価	1 0 0 0 円/単位		10 円/単位	10 円/単位
	給付率	9 0 / 100		/ 100	/ 100
	請求額(円)	3 2 2 4 7 0			
	利用者負担額(円)	3 5 8 3 0			

特定入所者介護サービス費等	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
	短期療養食費	5 9 2 3 1 1	1 3 8 0	3 0 0	2 8	3 8 6 4 0	3 0 2 4 0			8 4 0 0
	短期療養ユニット型個室	5 9 2 3 2 1	1 9 7 0	8 2 0	2 8	5 5 1 6 0	3 2 2 0 0			2 2 9 6 0
	合計					9 3 8 0 0				3 1 3 6 0
						保険分 請求額(円)	6 2 4 4 0	公費分 請求額		公費分本人負担月額

注：短期入所サービスを、支給限度額を超えて利用する場合、特定入所者介護サービス費は、本体報酬が保険給付される日数以下の日数分しか給付されない。

(4) 短期入所生活(様式第3)のサービスにて、多床室に月初より31日間入所。

要介護状態は要介護3、利用者負担第3段階の認定を受けている場合の記載内容。

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 9 9 9 9 9 9 9 9 9
	事業所名称	居宅介護支援事業所

入所年月日	平成	1	7	年	1	0	月		1	日
退所年月日	平成	1	7	年	1	0	月	3	0	日
短期入所 実日数									3	0

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
	併設短期生活 3	2 1 2 1 3 5	8 3 0	3 0	2 4 9 0 0			1
	合計				2 4 9 0 0			

特定入所者介護サービス費等	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
	短期生活食費	5 9 2 1 1 1	1 3 8 0	6 5 0	3 0	4 1 4 0 0	2 1 9 0 0			1 9 5 0 0
	合計					4 1 4 0 0				1 9 5 0 0
						保険分 請求額(円)	2 1 9 0 0	公費分 請求額		公費分本人負担月額

注：連続30日を超えて短期入所サービスを利用する場合、短期入所介護サービス費は31日目から算定できない取り扱いであるが、特定入所者介護サービス費についても同様に31日目から算定できないこと

となる。

また、上記事例において、多床室の居住費に係る特定入所者介護サービス費は、保険請求額がなく全額利用者負担であるため、同内容の請求明細書への記載を行わない。(利用者負担第2段階の利用者についても同様)

(上記例において、多床室の居住費にかかる特定入所者介護サービス費を、実態にあわせて記載を行うと以下のとおりとなる)

特定入所者介護サービス費等	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										
	短期生活食費	5	9	2	1	1	1	1	3	8	0		6	5	0	3	0		4	1	4	0	0		2	1	9	0	0						1	9	5	0	0			
	短期生活多床室	5	9	2	1	2	4		3	2	0		3	2	0	3	0			9	6	0	0					0						9	6	0	0					
	合計																	5	1	0	0	0																2	9	1	0	0
																	保険分 請求額(円)							2	1	9	0	0	公費分 請求額						公費分本人負担月額							

(5) 短期入所生活 (様式第 3) のサービスにて、多床室に月初より 2 回入所。

要介護状態は要介護 3、利用者負担第 3 段階の認定を受けている場合の記載内容。

< 滞在日及び食事の状況 >

	入所日	食事の状況
1 回目 (5 日間)	1 日	夕
	2 日	朝・昼・夕
	3 日	朝・昼・夕
	4 日	朝・昼・夕
	5 日	朝・昼
2 回目 (4 日間)	1 5 日	夕
	1 6 日	朝・昼・夕
	1 7 日	朝・昼・夕
	1 8 日	朝・昼

< 食事に係る契約額 >

朝食	3 5 0 円
昼食	4 3 0 円
夕食	6 0 0 円

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 9 9 9 9 9 9 9 9 9
	事業所名称	居宅介護支援事業所

入所年月日	平成	1	7	年	1	0	月		1	日
退所年月日	平成	1	7	年	1	0	月		5	日
短期入所 実日数										9

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
併設短期生活 3	2 1 2 1 3 5	8 3 0	9	7 4 7 0			1
合計				7 4 7 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
短期生活食費	5 9 2 1 1 1	1 3 8 0	6 5 0	5	6 9 0 0	3 6 5 0			3 2 5 0
短期生活食費	5 9 2 1 1 1	7 8 0	6 5 0	2	1 5 6 0	2 6 0			1 3 0 0
合計					8 4 6 0				4 5 5 0
					保険分 請求額(円)	3 9 1 0	公費分 請求額		公費分本人負担月額

注：短期入所における食費に係る特定入所者介護サービス費については、喫食状況に応じて、その額が負担限度額を超え、基準費用額以内である場合に、その差額に日数を乗じた額を保険分に記載する。
また、上記事例において、多床室の居住費に係る特定入所者介護サービス費と、費用単価が負担限度額以下である食費に係る特定入所者介護サービス費は、保険請求額・公費請求額がなく全額利用者負担であるため、同内容の請求明細書への記載は行わない。(利用者負担第 3 段階の利用者についても同様)

(上記例において、多床室の居住費及び費用単価が負担限度額以下の食費にかかる特定入所者介護サービス費を、実態にあわせて記載を行うと以下のとおりとなる)

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
短期生活食費	5 9 2 1 1 1	1 3 8 0	6 5 0	5	6 9 0 0	3 6 5 0			3 2 5 0
短期生活食費	5 9 2 1 1 1	7 8 0	6 5 0	2	1 5 6 0	2 6 0			1 3 0 0
短期生活食費	5 9 2 1 1 1	6 0 0	6 5 0	2	1 2 0 0				1 2 0 0
短期生活多床室	5 9 2 1 2 4	3 2 0	3 2 0	9	2 8 8 0				2 8 8 0
合計					1 2 5 4 0				8 6 3 0
					保険分 請求額(円)	3 9 1 0	公費分 請求額		公費分本人負担月額

(6) 介護老人福祉施設 (様式第 8) のサービスにて、多床室に 20 日間入所後、外泊を 3 日間行い (外泊期間は多床室の占有を確保) その後施設に戻り従来型個室に入所し、月末時点において入所中。
要介護状態は要介護 4、利用者負担第 2 段階の認定を受けている場合の記載内容。

入所年月日	平成	1	7	年	1	0	月	1	日	退所年月日	平成		年		月		日	入所実日数	2	8	外泊日数	3	
退所後の状況									1. 居宅 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 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	福祉施設 4	5 1 1 1 4 5	8 7 1	2 0	1 7 4 2 0			1
	福祉施設 4	5 1 1 1 4 1	7 8 9	8	6 3 1 2			
	福祉施設外泊時費用	5 1 6 3 0 0	3 2 0	3	9 6 0			
	合計				2 4 6 9 2			

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
	福祉施設食費	5 9 5 1 1 1	1 3 8 0	3 9 0	2 8	3 8 6 4 0	2 7 7 2 0			1 0 9 2 0
	福祉施設従来型個室	5 9 5 1 2 3	1 1 5 0	4 2 0	8	9 2 0 0	5 8 4 0			3 3 6 0
	合計					4 7 8 4 0				1 4 2 8 0
						保険分 請求額(円)	3 3 5 6 0	公費分 請求額		公費分本人負担月額

注：施設において外泊時費用を算定する場合、特定入所者介護サービス費は、占有の状況に応じた居室区分にて算定可能である。(上記例において、外泊前に利用者所有物を従来型個室へ移動させた場合、多床室にかかる特定入所者介護サービス費の算定は 20 日分、従来型個室にかかる特定入所者介護サービス費の算定は 11 日分となる)
また、外泊時には、食事費用にかかる特定入所者介護サービス費は算定できない。
なお、上記例において、多床室に係る特定入所者介護サービス費は、全額利用者負担で保険請求額が 0 であるため、記載を行わない。

(7) 介護老人保健施設 (様式第 9) のサービスにて、平成 17 年 10 月 1 日から従来型個室に 20 日間入所。

要介護状態は要介護 4、特定入所者介護サービス費の支給については、市町村民税課税層の特例減額措置の適用により、食費につき利用者負担第 3 段階の認定を受けている場合の記載内容。

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					公費分 回数等		公費対象単位数					摘要	
	保健施設 4				5	2	1	1	4	1		8	5	8	2	0	1	7	1	6	0									
	合計														1	7	1	6	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					
	保健施設食費		5	9	5	2	1	1	1	3	8	0		6	5	0	2	0		2	7	6	0	0		1	4	6	0	0						1	3	0	0	0
	合計																			2	7	6	0	0												1	3	0	0	0
														保険分 請求額(円)							1	4	6	0	0	公費分 請求額							公費分本人負担月額							

注：市町村民税課税層の特例減額措置においては、食費若しくは居住費又はその両方の負担限度額の認定が行われるが、食費又は居住費の一方のみの認定が行われた場合は、上記のとおり認定が行われた食費又は居住費のみを請求明細書に記載し、全額自己負担である居住費又は食費は請求明細書に記載しない。

(8) 介護療養型医療施設 (様式第 10) のサービスにて、平成 17 年 10 月 1 日から従来型個室に 31 日間 (1 ヶ月間) 入所。

要介護状態は要介護 3、特定入所者介護サービス費の支給については、利用者負担第 3 段階の認定を受けているが、同認定が月途中で (22 日目から) 終了した場合の記載内容。

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					公費分 回数等		公費対象単位数					摘要
	療養型施設 3				5	3	2	2	3	1	1	0	1	9	3	1	3	1	5	8	9									
	合計														3	1	5	8	9											

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					
	療養施設食費		5	9	5	3	1	1	1	3	8	0	6	5	0	2	1	2	8	9	8	0	1	5	3	3	0							1	3	6	5	0		
	療養施設従来型個室		5	9	5	3	2	3	1	6	4	0	1	3	1	0	2	1	3	4	4	4	0	6	9	3	0							2	7	5	1	0		
	合計																6	3	4	2	0													4	1	1	6	0		
																保険分 請求額(円)					2	2	2	6	0	公費分 請求額										公費分本人負担月額				

注：特定入所者介護サービス費にかかる利用者負担段階の認定が月途中で終了した場合には、請求明細書の特定入所者介護サービス費欄には給付の対象となった日数分 (上記例では 21 日分) のみ記載する。

(9) 介護老人福祉施設 (様式第 8) のサービスにて、ユニット型準個室に 20 日間入所。

要介護状態は要介護 4 の旧措置入所者で、特定入所者介護サービス費の支給については、食費・居住費の負担限度額とともに 0 円である場合の特定入所者介護サービス費欄の記載内容

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
福祉施設食費	5 9 5 1 1 1	1 3 8 0	0	2 0	2 7 6 0 0	2 7 6 0 0			0
福祉施設ユニット型準個室	5 9 5 1 2 2	1 6 4 0	0	2 0	3 2 8 0 0	3 2 8 0 0			0
合計					6 0 4 0 0				0
					保険分請求額(円)	6 0 4 0 0	公費分請求額		公費分本人負担月額

注：旧措置入所者においては、特定入所者介護サービス費にかかる負担限度額が、ユニット型個室を除いて 0 円という認定があり得、その場合の請求明細書の記載内容は上記のとおりとなる。

(1 0) 介護老人保健施設 (様式第 9) のサービスにて、平成 17 年 10 月 1 日から従来型個室に 20 日間入所。

要介護状態は要介護 3、特定入所者介護サービス費の支給については、利用者負担第 1 段階の認定を受けているが、事業者が負担限度額の一部のみを利用者から徴収した場合（食費にかかる利用者からの徴収額：200 円、居住費にかかる利用者からの徴収額：400 円）の特定入所者介護サービス費欄の記載内容

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
保健施設食費	5 9 5 2 1 1	1 3 8 0	3 0 0	2 0	2 5 6 0 0	2 1 6 0 0			4 0 0 0
保健施設従来型個室	5 9 5 2 2 3	1 6 4 0	4 9 0	2 0	3 1 0 0 0	2 3 0 0 0			8 0 0 0
合計					5 6 6 0 0				1 2 0 0 0
					保険分請求額(円)	4 4 6 0 0	公費分請求額		公費分本人負担月額

注：負担限度額の一部のみを徴収した場合の記載内容は以下のとおりとなる。

負担限度額欄・・・介護保険負担限度額認定証記載の日額を記載、利用者負担額欄・・・現に利用者から徴収した額、保険分欄・・・（費用単価 - 負担限度額）× 日数により求められる額、費用額欄・・・保険分欄と利用者負担額欄を合計した額

(1 1)介護老人保健施設(様式第9)のサービスにて、平成17年10月1日から従来型個室に20日間入所。

利用者は生活保護併用受給者で、要介護状態は要介護4である場合の記載内容

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					公費分 回数等		公費対象単位数					摘要				
	保健施設 4				5	2	1	1	4	1		8	5	8	2	0	1	7	1	6	0	2	0	1	7	1	6	0		
	合計														1	7	1	6	0			1	7	1	6	0				

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										
	点数・単位数合計			1	7	1	6	0		1	7	1	6	0															
	点数・単位数単価		1	0	0	0	円 / 単位								10 円 / 点				10 円 / 点										
	給付率			9	0	/ 100			1	0	0	/ 100					/ 100					/ 100							
	請求額（円）		1	5	4	4	4	0		1	7	1	6	0															
	利用者負担額（円）							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											
	保健施設食費		5	9	5	2	1	1	1	3	8	0		3	0	0	2	0		2	7	6	0	0		2	1	6	0	0	2	0			6	0	0	0				0
	保健施設従来型個室		5	9	5	2	2	3	1	6	4	0		4	9	0	2	0		3	2	8	0	0		2	3	0	0	0		0				0		9	8	0	0	
	合計																6	0	4	0	0									6	0	0	0			9	8	0	0			
														保険分 請求額(円)					4	4	6	0	0	公費分 請求額			6	0	0	0	公費分本人負担月額											

注：被保護者は、介護保険施設において、原則多床室に入所することとなっているが、例外的に福祉事務所に認められ多床室以外の居室に入所する場合で、かつ被保険者である被保護者の場合は、費用単価と負担限度額の差額を保険請求額として、また福祉事務所より施設に支給される負担限度額に相当する額を利用者負担額として、請求明細書に記載する。(被保険者ではない被保護者の場合は、費用単価に相当する額が福祉事務所より支給されるため、請求明細書への記載を行わない。)

(1 2)介護老人保健施設(様式第9)のサービスにて、多床室に30日間(1ヶ月間)入所。

利用者は生活保護併用受給者で、要介護状態は要介護3であり、福祉事務所発行の介護券により本人支払額が16,000円である場合の記載内容

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					公費分 回数等		公費対象単位数					摘要		
	保健施設 3					5	2	1	3	3	1		9	0	3	3	0	2	7	0	9	0	3	0	2	7	0	9	0	1
	合計														2	7	0	9	0			2	7	0	9	0				

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						
	点数・単位数合計			2	7	0	9	0		2	7	0	9	0										
	点数・単位数単価		1	0	0	0	円 / 単位							10 円 / 点					10 円 / 点					
	給付率			9	0	/ 100		1	0	0	/ 100		/ 100					/ 100						
	請求額（円）		2	4	3	8	1	0		1	2	0	9	0										
	利用者負担額（円）							0		1	5	0	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										
	保健施設食費		5	9	5	2	1	1	1	3	8	0		3	0	0	3	0		4	1	4	0	0		3	2	4	0	0	3	0					0	
	保健施設多床室		5	9	5	2	2	4		3	2	0			0	3	0			9	6	0	0			9	6	0	0		0				0			
	合計																5	1	0	0	0							9	0	0	0						0	
														保険分 請求額(円)					4	2	0	0	0	公費分 請求額				8	0	0	0	公費分本人負担月額			1	0	0	

注：被保険者である被保護者にかかる介護券による本人支払額は、15,000 円までを本体報酬にかかる公費本人負担額に充当し、残額がある場合にはその額を特定入所者介護サービス費における公費本人負担額に充当する。

(1 3) 介護老人保健施設（様式第 9）のサービスにて、多床室に 30 日間（1 ヶ月間）入所。

利用者は生活保護単独受給者で、要介護状態は要介護 3 であり、福祉事務所発行の介護券により本人支払額が 16,000 円である場合の記載内容

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	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	保健施設 3	5 2 1 3 3 1	9 0 3	3 0	2 7 0 9 0	3 0	2 7 0 9 0	1
	合計				2 7 0 9 0		2 7 0 9 0	

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					
	点数・単位数合計		2	7	0	9	0		2	7	0	9	0												
	点数・単位数単価	1	0	0	0	円 / 単位								10 円 / 点						10 円 / 点					
	給付率			0	/ 100			1	0	0	/ 100						/ 100						/ 100		
	請求額（円）						0	2	5	4	9	0	0												
	利用者負担額（円）						0		1	6	0	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							
	保健施設食費	5	9	5	2	1	1	1	3	8	0					3	0		4	1	4	0	0					3	0		4	1	4	0	0				0				
	保健施設多床室	5	9	5	2	2	4		3	2	0					3	0			9	6	0	0					3	0			9	6	0	0				0				
	合計																			5	1	0	0	0										5	1	0	0	0					0
																			保険分 請求額(円)												公費分 請求額			5	1	0	0	0	公費分本人負担月額				

注：生活保護単独受給者においては、介護保険施設の特定入所者介護サービス費は、全額公費負担となる。

（ただし、居住費にかかる特定入所者介護サービス費は、居室区分が多床室の費用のみ対象となる。）

(1 4) 介護療養型医療施設 (様式第 10) のサービスにて、多床室に 30 日間 (1 ヶ月間) 入所。

利用者が特定疾患・生活保護の公費受給者である場合の記載内容

公費負担者番号	5	1	4	8	0	0	0	1	平成	1	7	年	1	1	月分
公費受給者番号	1	0	0	0	0	0	1	保険者番号	4	8	0	0	1	2	

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
	療養型施設 3	5 3 2 2 7 1	1 1 5 0	3 0	3 4 5 0 0	3 0	3 4 5 0 0	1
	療養型施設栄養士配置加算	5 3 2 7 7 2	1 0	3 0	3 0 0	3 0	3 0 0	
	合計				3 4 8 0 0		3 4 8 0 0	

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

2 枚 中 1 枚 目

公費負担者番号	1	2	4	8	0	0	0	1	平成	1	7	年	1	1	月分
公費受給者番号	1	0	0	0	0	0	2	保険者番号	4	8	0	0	1	2	

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	保険分特定診療費	公費分特定診療費	
	単位数合計					
	単位数単価				0 円 / 単位	10 円 / 単位
	給付率		/ 10		/ 100	/ 100
	請求額 (円)					
	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
	療養施設食費	5 9 5 3 1 1	1 3 8 0	3 0 0	3 0	4 1 4 0 0	3 2 4 0 0	3 0	9 0 0 0	0
	療養施設多床室	5 9 5 3 2 4	3 2 0	0	3 0	9 6 0 0	9 6 0 0	0	0	0
	合計					5 1 0 0 0			9 0 0 0	0
						保険分 請求額(円)	4 2 0 0 0	公費分 請求額	9 0 0 0	公費分本人負担月額

2 枚 中 2 枚 目

注：特定入所者介護サービス費の公費負担（生活保護のみ公費負担あり）が、第一公費では発生せず、第二公費以降で発生する場合、特定入所者介護サービス費欄の記載は、請求明細書様式の二枚目以降の生活保護記載の頁に記載を行う。

2. 栄養管理の評価

（１）介護老人保健施設（様式第９）のサービスにて、月途中に管理栄養士配置から栄養士配置へ体制の変更が発生した場合の記載内容。

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	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	保健施設 5	5 2 1 3 5 1	1 0 1 0	3 0	3 0 3 0 0			1
	保健施設管理栄養士加算	5 2 6 2 7 1		1 2	2 0			
	保健施設栄養士加算	5 2 6 2 7 2		1 0	1 0			
	合計				3 0 6 4 0			

注：月途中に栄養管理体制の変更が発生した場合は、管理栄養士・栄養士の配置日数に応じ加算を請求する。

なお、同変更については、介護給付費算定に係る体制等状況一覧表にて変更の旨を速やかに都道府県庁に届出を行う必要がある。

（２）介護老人福祉施設（様式第８）のサービスにて、栄養士が配置されており、経管摂取の利用者ごとに経口移行計画を作成し栄養管理を行っている場合の記載内容。

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	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	福祉施設 4	5 1 1 1 4 1	7 8 9	3 0	2 3 6 7 0			
	福祉施設栄養士配置加算	5 1 6 2 7 2	1 0	3 0	3 0 0			
	福祉施設経口移行加算	5 1 6 2 7 4	2 8	3 0	8 4 0			
	合計				2 4 8 1 0			

注：介護保険施設における経口移行加算は、体制として管理栄養士配置もしくは栄養士配置のいずれかの状況にて算定可能である。ただし、療養食加算との併用算定はできない。

（３）介護療養型医療施設（様式第 10）のサービスにて、栄養マネジメント加算を算定できる体制にあり、かつ療養食加算を算定できる体制にある場合の記載内容。

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	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	療養型施設 5	5 3 2 2 5 1	1 2 1 1	3 0	3 6 3 3 0			
	療養型施設管理栄養士配置加算	5 3 2 7 7 1	1 2	3 0	3 6 0			
	療養型施設栄養マネジメント加算	5 3 2 7 7 3	1 2	3 0	3 6 0			
	療養型施設療養食加算	5 3 2 7 7 5	2 3	3 0	6 9 0			
	合計				3 7 7 4 0			

注：介護保険施設における栄養マネジメント加算は、体制として管理栄養士配置の状況にて算定可能であり、管理栄養士加算と合わせて算定する。

3. 社会福祉法人等による利用者負担軽減

(1) 訪問介護・通所介護(様式第2)のサービスを、障害者施策にかかる特別対策公費(法別番号57)の対象者が受給し、かつ社会福祉法人等による利用者負担軽減事業の適用を受けた場合の記載内容

公費負担者番号										5	7	4	8	0	0	0	1	平成										1	7	年	1	0	月分
公費受給者番号										1	0	0	0	0	0	1	保険者番号										4	8	0	0	0	1	

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2生活1		1	1	5	1	1	1	4	8	5	2	0	9	7	0	0	2	9	7	0	0	
	単独通所介護2中度		1	5	1	3	2	1	5	0	6	1	0	5	0	6	0						
	通所介護送迎加算		1	5	5	2	0	0	4	7	2	0	9	4	0								

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

注：社会福祉法人等による軽減欄の「受領すべき利用者負担の総額(円)」に記載する額は、該当サービス種類の請求額集計欄の「利用者負担額」と一致する。他の様式(様式第3・様式第8)においても同様。

(2) 短期入所生活介護(様式第3)のサービスを、当該サービスに割り当てられた支給限度額を超えて、社会福祉法人等による利用者負担軽減事業の適用を受けて利用した場合の記載内容

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						公費分 回数等		公費対象単位数						摘要
	単独短期生活 4							2	1	1	1	4	1		8	5	3	2	0	1	7	0	6	0											
	短期生活栄養士配置加算							2	1	6	2	7	2			1	0	2	0			2	0	0											
	短期入所生活介護送迎加算							2	1	9	2	0	0		1	8	4		2			3	6	8											
	合計														1	7	6	2	8																

請求額集計欄	区分	保険分						公費分					
	計画単位数		1	6	0	0	0						
	限度額管理対象単位数		1	7	6	2	8						
	限度額管理対象外単位数												
	給付単位数		1	6	0	0	0						
	単位数単価	1	0	0	0	円 / 単位							
	給付率		9	0	/ 100						/ 100		
	請求額（円）	1	4	4	0	0	0						
利用者負担額（円）		1	6	0	0	0							

特定入所者介護サービス費等	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		
	短期生活食費	5	9	2	1	1	1	1	3	8	0	6	5	0	1	9	2	6	2	2	0	1	3	8	7	0				
	短期生活従来型個室	5	9	2	1	2	3	1	6	4	0	8	2	0	1	9	3	1	1	6	0	1	5	5	8	0				
	合計															5	7	3	8	0										
															保険分 請求額(円)					2	9	4	5	0	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		2	5	0	%	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	短期入所生活介護サービス費						1	6	0	0	0		4	0	0	0		1	2	0	0	0		

注：社会福祉法人等による軽減欄の「受領すべき利用者負担の総額(円)」に記載する額には、特定入所者介護サービス費欄の利用者負担額は含まれず、また全額自己負担となった本体報酬に係る利用者負担額も含まれない。

(特定入所者介護サービス費欄の利用者負担額については、様式第8においても同様の取り扱いであり、全額自己負担となった本体報酬に係る利用者負担額については、様式第2においても同様の取り扱いである。)

平成17年10月制度改正にかかる請求明細書の記載例について

(生活保護受給者の場合)

＜作成パターンの一覧＞

パターン	サービスの種類	公費本人負担額 (介護券における 本人支払額)	対象者	居室区分
	施設/短期入所	あり/なし	保険併用/生保単独	多床室/多床室以外
(1)	施設	あり	保険併用	多床室
(2)	施設	あり	保険併用	多床室以外
(3)	施設	あり	生保単独	多床室
(4)	施設	あり	生保単独	多床室以外
(5)	施設	なし	保険併用	多床室
(6)	施設	なし	保険併用	多床室以外
(7)	施設	なし	生保単独	多床室
(8)	施設	なし	生保単独	多床室以外
(9)	短期入所	あり	保険併用	多床室 (従来型個室の経過措置)
(10)	短期入所	あり	保険併用	多床室以外
(11)	短期入所	あり	生保単独	多床室
(12)	短期入所	あり	生保単独	多床室以外
(13)	短期入所	なし	保険併用	多床室
(14)	短期入所	なし	保険併用	多床室以外
(15)	短期入所	なし	生保単独	多床室
(16)	短期入所	なし	生保単独	多床室以外
(17)	施設	なし	保険他公費併用	多床室

(1) 介護老人保健施設(様式第9)のサービスにて、多床室に30日間(1ヶ月間)入所。

利用者は生活保護併用受給者で、要介護状態は要介護3であり、福祉事務所発行の介護券により本人支払額が16,000円である場合の記載内容

給付明細欄	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
	保健施設Ⅱ3	5 2 1 3 3 1	9 0 3	3 0	2 7 0 9 0	3 0	2 7 0 9 0	1
	合計				2 7 0 9 0		2 7 0 9 0	

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 7 0 9 0	2 7 0 9 0		
	②点数・単位数単価	1 0 0 0 円/単位		10円/点	10円/点
	③給付率	9 0 /100	1 0 0 /100	/100	/100
	④請求額(円)	2 4 3 8 1 0	1 2 0 9 0		
⑤利用者負担額(円)		0	1 5 0 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
	保健施設食費	5 9 5 2 1 1	1 3 8 0	3 0 0	3 0	4 1 4 0 0	3 2 4 0 0	3 0	9 0 0 0	
	保健施設多床室	5 9 5 2 2 4	3 2 0		0 3 0	9 6 0 0	9 6 0 0	0	0	
	合計						5 1 0 0 0		9 0 0 0	0
							保険分 請求額(円)	4 2 0 0 0	公費分 請求額	8 0 0 0

注：被保険者である被保護者にかかる介護券による本人支払額は、15,000円までを本体報酬にかかる公費本人負担額に充当し、残額がある場合にはその額を特定入所者介護サービス費における公費本人負担額に充当する。

注：多床室のサービスコードを記載する場合は、摘要欄にその適用理由を記載する。適用理由が月途中で変更となった場合は、月初の適用理由を記載する。摘要欄に記載する適用理由は以下のとおり。

1→多床室入所、2→制度改正前入所による経過措置、3→感染症等により医師が必要と判断された従来型個室への入所者(30日以内のもの)、4→居住面積が一定以下、5→著しい精神症状等により医師が必要と判断した従来型個室への入所者

以下の例において摘要欄に記載のある場合は同様とする。

(2) 介護老人保健施設（様式第9）のサービスにて、ユニット型個室に30日間（1ヶ月間）入所。

利用者は生活保護併用受給者で、要介護状態は要介護3であり、福祉事務所発行の介護券により本人支払額が16,000円である場合の記載内容

給付費用明細欄	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
	ユニット保施I3	5 2 1 4 3 1	7 9 1	3 0	2 3 7 3 0	3 0	2 3 7 3 0	
	合計				2 3 7 3 0		2 3 7 3 0	

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 3 7 3 0	2 3 7 3 0		
	②点数・単位数単価	1 0 0 0 円/単位		10 円/点	10 円/点
	③給付率	9 0 /100	1 0 0 /100	/100	/100
	④請求額（円）	2 1 3 5 7 0	8 7 3 0		
⑤利用者負担額（円）	0	1 5 0 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
	保健施設食費	5 9 5 2 1 1	1 3 8 0	3 0 0	3 0	4 1 4 0 0	3 2 4 0 0	3 0	9 0 0 0	
	保健施設ユニット型個室	5 9 5 2 2 1	1 9 7 0	8 2 0	3 0	5 9 1 0 0	3 4 5 0 0			2 4 6 0 0
	合計					1 0 0 5 0 0			9 0 0 0	2 4 6 0 0
						保険分 請求額(円)	6 6 9 0 0	公費分 請求額	8 0 0 0	公費分本人負担月額

注：被保険者である被保護者にかかる介護券による本人支払額は、15,000円までを本体報酬にかかる公費本人負担額に充当し、残額がある場合にはその額を特定入所者介護サービス費における公費本人負担額に充当する。

注：被保護者は、介護保険施設において、原則多床室に入所することとなっているが、例外的に福祉事務所に認められ多床室以外の居室に入所する場合で、かつ被保険者である被保護者の場合の居住費については、特定入所者介護サービス費欄に費用単価と負担限度額の差額を保険請求額として、また福祉事務所より施設に支給される負担限度額に相当する額を利用者負担額として、請求明細書に記載する。（居住費にかかる利用者負担額相当額は、直接福祉事務所に請求する。なお、被保険者ではない被保護者の場合は、費用単価に相当する額を福祉事務所において請求を受け、直接支給するため、請求明細書への記載を行わない。）

注：経過措置対象となる従来型個室の利用者（(1)の注で摘要欄に2～5を記載する場合に該当する者）については、(1)を参照。

(3) 介護老人福祉施設(様式第8)のサービスにて、多床室に31日間(1ヶ月間)入所。

利用者は生活保護単独受給者で、要介護状態は要介護3であり、福祉事務所発行の介護券により本人支払額が16,000円である場合の記載内容

給付金明細書	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
	福祉施設Ⅱ4	5 1 1 1 4 5	8 7 1	3 1	2 7 0 0 1	3 1	2 7 0 0 1	1
合計					2 7 0 0 1		2 7 0 0 1	

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 7 0 0 1	2 7 0 0 1		
	②点数・単位数単価	1 0 0 0 円/単位		10円/点	10円/点
	③給付率	0 /100	1 0 0 /100	/100	/100
	④請求額(円)	0 2 5 4 0 1 0			
	⑤利用者負担額(円)	0 1 6 0 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
	福祉施設食費	5 9 5 1 1 1	1 3 8 0		3 1	4 2 7 8 0		3 1	4 2 7 8 0	
	福祉施設多床室	5 9 5 1 2 4	3 2 0		3 1	9 9 2 0		3 1	9 9 2 0	
	合計					5 2 7 0 0			5 2 7 0 0	
						保険分 請求額(円)		公費分 請求額	5 2 7 0 0	公費分本人負担月額 0

注:生活保護単独受給者においては、介護保険施設の特定入所者介護サービス費は、全額公費負担となる。
(ただし、居住費にかかる特定入所者介護サービス費は、居室区分が多床室の費用のみ対象となる)

(4) 介護老人福祉施設(様式第8)のサービスにて、平成17年10月1日より従来型個室(特別な居室以外)に31日間(1ヶ月間)入所。

利用者は生活保護単独受給者で、要介護状態は要介護3であり、福祉事務所発行の介護券により本人支払額が16,000円である場合の記載内容

給付金明細欄	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
	福祉施設I3	5 1 1 1 3 1	7 1 8	3 1	2 2 2 5 8	3 1	2 2 2 5 8	
	合計				2 2 2 5 8		2 2 2 5 8	

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	2	2	5	8		2	2	2	5	8				
	②点数・単位数単価	1	0	0	0	円/単位				10円/点				10円/点			
	③給付率			0	/100				1	0	0	/100					
	④請求額(円)					0	2	0	6	5	8	0					
	⑤利用者負担額(円)					0	1	6	0	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		
	福祉施設食費	5	9	5	1	1	1	1	3	8	0			3	1		4	2	7	8	0		
	合計										4	2	7	8	0			4	2	7	8	0	
											保険分 請求額(円)						公費分 請求額	4	2	7	8	0	公費分本人負担月額 0

注:生活保護単独受給者においては、介護保険施設の特定入所者介護サービス費は、全額公費負担となる。

(ただし、居住費にかかる特定入所者介護サービス費は、居室区分が多床室の費用のみ対象となる)

注:被保護者は、介護保険施設において、原則多床室に入所することとなっているが、例外的に福祉事務所に認められ多床室以外の居室に入所する場合の居住費については、被保険者ではない被保護者の場合は、費用単価に相当する額を直接福祉事務所に請求するため、請求明細書への記載を行わない。

注:経過措置対象となる従来型個室の利用者((1)の注で摘要欄に2~5を記載する場合に該当する者)については、(3)を参照。

(5) 介護老人保健施設（様式第9）のサービスにて、多床室に20日間入所。

利用者は生活保護併用受給者で、要介護状態は要介護4であり、本人支払額はない場合の記載内容

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	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	保健施設Ⅱ4	5 2 1 3 4 1	9 5 7	2 0	1 9 1 4 0	2 0	1 9 1 4 0	1
	合計				1 9 1 4 0		1 9 1 4 0	

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	1 9 1 4 0	1 9 1 4 0		
	②点数・単位数単価	1 0 0 0 円/単位		10 円/点	10 円/点
	③給付率	9 0 /100	1 0 0 /100	/100	/100
	④請求額（円）	1 7 2 2 6 0	1 9 1 4 0		
	⑤利用者負担額（円）	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
	保健施設食費	5 9 5 2 1 1	1 3 8 0	3 0 0	2 0	2 7 6 0 0	2 1 6 0 0	2 0	6 0 0 0	
	保健施設多床室	5 9 5 2 2 4	3 2 0		0 2 0	6 4 0 0	6 4 0 0	0	0	
	合計					3 4 0 0 0			6 0 0 0	

保険分 請求額(円)						2 8 0 0 0	公費分 請求額	6 0 0 0	公費分本人負担月額	0
---------------	--	--	--	--	--	-----------	------------	---------	-----------	---

(6) 介護老人保健施設（様式第9）のサービスにて、平成17年10月1日より従来型個室（特別な療養室以外）に20日間入所。

利用者は生活保護併用受給者で、要介護状態は要介護4であり、本人支払額はなしの場合の記載内容

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	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	保健施設I4	5 2 1 1 4 1	8 5 8	2 0	1 7 1 6 0	2 0	1 7 1 6 0	
	合計				1 7 1 6 0		1 7 1 6 0	

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	1 7 1 6 0	1 7 1 6 0		
	②点数・単位数単価	1 0 0 0 円/単位		10円/点	10円/点
	③給付率	9 0 /100	1 0 0 /100	/100	/100
	④請求額（円）	1 5 4 4 0	1 7 1 6 0		
⑤利用者負担額（円）		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
	保健施設食費	5 9 5 2 1 1	1 3 8 0	3 0 0	2 0	2 7 6 0 0	2 1 6 0 0	2 0	6 0 0 0	
	保健施設従来型個室	5 9 5 2 2 3	1 6 4 0	4 9 0	2 0	3 2 8 0 0	2 3 0 0 0			9 8 0 0
	合計					6 0 4 0 0			6 0 0 0	9 8 0 0
						保険分 請求額(円)	4 4 6 0 0	公費分 請求額	6 0 0 0	公費分本人負担月額
										0

注：被保護者は、介護保険施設において、原則多床室に入所することとなっているが、例外的に福祉事務所
所に認められ多床室以外の居室に入所する場合で、かつ被保険者である被保護者の場合の居住費につい
ては、特定入所者介護サービス費欄に費用単価と負担限度額の差額を保険請求額として、また福祉事務
所より施設に支給される負担限度額に相当する額を利用者負担額として、請求明細書に記載する。（居
住費にかかる利用者負担額に相当する額は、直接福祉事務所に請求する。なお、被保険者ではない被保
護者の場合は費用単価に相当する額は、直接福祉事務所に請求するため、請求明細書への記載を行わな
い。）

注：経過措置対象となる従来型個室の利用者（（1）の注で摘要欄に2～5を記載する場合に該当する者）
 については、（5）を参照。

(7) 介護老人保健施設（様式第9）のサービスにて、多床室に30日間（1ヶ月間）入所。

利用者は生活保護単独受給者で、要介護状態は要介護3であり、本人支払額はない場合の記載内容

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	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	保健施設Ⅱ3	5 2 1 3 3 1	9 0 3	3 0	2 7 0 9 0	3 0	2 7 0 9 0	1
合計					2 7 0 9 0		2 7 0 9 0	

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 7 0 9 0	2 7 0 9 0		
	②点数・単位数単価	1 0 0 0 円/単位		10円/点	10円/点
	③給付率	0 /100	1 0 0 /100	/100	/100
	④請求額（円）	0	2 7 0 9 0 0		
	⑤利用者負担額（円）	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
	保健施設食費	5 9 5 2 1 1	1 3 8 0		3 0	4 1 4 0 0		3 0	4 1 4 0 0	
	保健施設多床室	5 9 5 2 2 4	3 2 0		3 0	9 6 0 0		3 0	9 6 0 0	
	合計					5 1 0 0 0			5 1 0 0 0	
					保険分 請求額(円)		公費分 請求額	5 1 0 0 0	公費分本人負担月額	0

注：生活保護単独受給者においては、介護保険施設の特定入所者介護サービス費は、全額公費負担となる。
 （ただし、居住費にかかる特定入所者介護サービス費は、居室区分が多床室の費用のみ対象となる）

(8) 介護老人保健施設(様式第9)のサービスにて、ユニット型個室に30日間(1ヶ月間)入所。

利用者は生活保護単独受給者で、要介護状態は要介護3であり、本人支払額はない場合の記載内容

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
ユ型保施I3	5 2 1 4 3 1	7 9 1	3 0	2 3 7 3 0	3 0	2 3 7 3 0	
合計				2 3 7 3 0		2 3 7 3 0	

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 3 7 3 0	2 3 7 3 0		
②点数・単位数単価	1 0 0 0 円/単位		10円/点	10円/点
③給付率	0 /100	1 0 0 /100	/100	/100
④請求額(円)	0	2 3 7 3 0 0		
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
保健施設食費	5 9 5 2 1 1	1 3 8 0		3 0	4 1 4 0 0		3 0	4 1 4 0 0	
合計					4 1 4 0 0			4 1 4 0 0	
					保険分 請求額(円)		公費分 請求額	4 1 4 0 0	公費分本人負担月額 0

注:生活保護単独受給者においては、介護保険施設の特定入所者介護サービス費は、全額公費負担となる。

(ただし、居住費にかかる特定入所者介護サービス費は、居室区分が多床室の費用のみ対象となる)

注:被保護者は、介護保険施設において、原則多床室に入所することとなっているが、例外的に福祉事務所に認められ多床室以外の居室に入所する場合の居住費については、被保険者ではない被保護者の場合は、費用単価に相当する額を直接福祉事務所に請求するため、請求明細書への記載を行わない。

注:経過措置対象となる従来型個室の利用者((1)の注で摘要欄に2~5を記載する場合に該当する者)については、(7)を参照。

(9) 短期入所生活介護（様式第3）のサービスにて、平成17年9月30日から従来型個室に滞在しており、10月15日に退所。

利用者は生活保護併用受給者で、要介護状態は要介護3であり、福祉事務所発行の介護券により本人支払額が10,000円である場合の記載内容。

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
併設短期生活Ⅱ3	2 1 2 1 3 5	8 3 0	1 5	1 2 4 5 0	1 5	1 2 4 5 0	2
合計				1 2 4 5 0		1 2 4 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計画単位数	1 2 4 5 0			
②限度額管理対象単位数	1 2 4 5 0			
③限度額管理対象外単位数				
④給付単位数	1 2 4 5 0	1 2 4 5 0		
⑤単位数単価	1 0 0 0 円/単位		10 円/単位	10 円/単位
⑥給付率	9 0 /100	1 0 0 /100	/100	/100
⑦請求額（円）	1 1 2 0 5 0	2 4 5 0		
⑧利用者負担額（円）		1 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
短期生活食費	5 9 2 1 1 1	1 3 8 0	3 0 0	1 5	2 0 7 0 0	1 6 2 0 0			4 5 0 0
短期生活多床室	5 9 2 1 2 4	3 2 0		0 1 5	4 8 0 0	4 8 0 0			
合計					2 5 5 0 0				4 5 0 0
					保険分 請求額(円)	2 1 0 0 0	公費分 請求額		公費分本人負担月額

注：平成17年9月30日～10月15日は従来型個室に入所しているが、制度改正前からの入所であり、特別な室料の徴収を行っていないことから、経過措置にてその間の本体報酬・特定入所者介護サービス費は、ともに多床室扱いとなる。

注：短期入所生活介護及び短期入所療養介護にかかる食費及び滞在費は、被保険者である被保護者の場合、介護扶助の対象とならない。（利用者本人に請求する。）

(10) 短期入所生活介護（様式第3）のサービスにて、月初より30日間ユニット型個室に滞在。

利用者は生活保護併用受給者で、要介護状態は要介護3であり、福祉事務所発行の介護券により本人支払額が15,000円である場合の記載内容。

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	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	併コ短期生活I3	212431	766	30	22980	30	22980	
	合計				22980		22980	

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	22980				
②限度額管理対象単位数	22980				
③限度額管理対象外単位数					
④給付単位数	22980		22980		
⑤単位数単価	1000円/単位		10円/単位		10円/単位
⑥給付率	90/100		100/100		
⑦請求額(円)	206820		7980		
⑧利用者負担額(円)			15000		

特定入所者介護サービス費等	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
	短期生活食費	592111	1380	300	30	41400	32400			9000
	短期生活ユニット型個室	592121	1970	820	30	59100	34500			24600
	合計					100500				33600
						保険分 請求額(円)	66900	公費分 請求額		公費分本人負担月額

注：短期入所生活介護及び短期入所療養介護にかかる食費及び滞在費は、被保険者である被保護者の場合、介護扶助の対象とならない。（利用者本人に請求する。）

利用者は生活保護単独受給者で、要介護状態は要介護3であり、福祉事務所発行の介護券により本人支払額が15,000円である場合の記載内容。

特定入所者介護サービス費等	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

注：生活保護単独受給者においては、短期入所の特定入所者介護サービス費の請求は行われません。（特定入所者介護サービス費の保険請求相当額は直接福祉事務所に、利用者負担相当額は利用者本人に請求する。）

(12) 短期入所生活介護(様式第3)のサービスにて、月初より30日間ユニット型個室に滞在。

利用者は生活保護単独受給者で、要介護状態は要介護3であり、福祉事務所発行の介護券により本人支払額が15,000円である場合の記載内容。

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	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	併ユ短期生活13	212431	766	30	22980	30	22980	
	合計				22980		22980	

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	2	9	8	0														
	②限度額管理対象単位数		2	2	9	8	0														
	③限度額管理対象外単位数																				
	④給付単位数		2	2	9	8	0		2	2	9	8	0								
	⑤単位数単価	1	0	0	0	円／単位								10 円／単位				10 円／単位			
	⑥給付率			0	／100			1	0	0	／100					／100			／100		
	⑦請求額（円）							2	1	4	8	0	0								
⑧利用者負担額（円）								1	5	0	0	0									

特定入所者介護サービス費等	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

注：生活保護単独受給者においては、短期入所の特定入所者介護サービス費の請求は行われない。(特定入所者介護サービス費の保険請求相当額は直接福祉事務所に、利用者負担相当額は利用者本人に請求する。)

(13) 短期入所療養介護（様式第4）のサービスにて、月初より15日間多床室に滞在。

利用者は生活保護併用受給者で、要介護状態は要支援であり、本人支払額はない場合の記載内容。

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
老健短期Ⅱ支	2 2 1 3 0 1	7 9 7	1 5	1 1 9 5 5	1 5	1 1 9 5 5	1
合計				1 1 9 5 5		1 1 9 5 5	

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	6 1 5 0			
②限度額管理対象単位数	1 1 9 5 5			
③限度額管理対象外単位数				
④給付単位数	6 1 5 0	6 1 5 0		
⑤単位数単価	1 0 0 0 円/単位		10 円/単位	10 円/単位
⑥給付率	9 0 /100	1 0 0 /100	/100	/100
⑦請求額（円）	5 5 3 5 0	6 1 5 0		
⑧利用者負担額（円）		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
短期老健食費	5 9 2 2 1 1	1 3 8 0	3 0 0	8	1 1 0 4 0	8 6 4 0			2 4 0 0
短期老健多床室	5 9 2 2 2 4	3 2 0	0	8	2 5 6 0	2 5 6 0			0
合計					1 3 6 0 0				2 4 0 0
					保険分 請求額(円)	1 1 2 0 0	公費分 請求額		公費分本人負担月額

注：短期入所サービスを支給限度額を超えて利用する場合、特定入所者介護サービス費は、本体報酬が保険給付される日数以下の日数分しか支給されない。

注：短期入所生活介護及び短期入所療養介護にかかる食費（及び滞在費）は、被保険者である被保護者の場合、介護扶助の対象とならない。（利用者本人に請求する。）

(14) 短期入所療養介護(様式第4)のサービスにて、平成17年10月1日より15日間従来型個室に滞在。

利用者は生活保護併用受給者で、要介護状態は要支援であり、本人支払額はない場合の記載内容。

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	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	老健短期I支	2 2 1 1 0 1	6 9 8	1 5	1 0 4 7 0	1 5	1 0 4 7 0	
	合計				1 0 4 7 0		1 0 4 7 0	

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		6 1 5 0			
②限度額管理対象単位数	1 0 4 7 0				
③限度額管理対象外単位数					
④給付単位数		6 1 5 0	6 1 5 0		
⑤単位数単価	1 0 0 0 円/単位			10 円/単位	10 円/単位
⑥給付率	9 0 /100	1 0 0 /100		/100	/100
⑦請求額(円)	5 5 3 5 0	6 1 5 0			
⑧利用者負担額(円)		0			

特定入所者介護サービス費等	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
	短期老健食費	5 9 2 2 1 1	1 3 8 0	3 0 0	9	1 2 4 2 0	9 7 2 0			2 7 0 0
	短期老健従来型個室	5 9 2 2 2 3	1 6 4 0	4 9 0	9	1 4 7 6 0	1 0 3 5 0			4 4 1 0
	合計					2 7 1 8 0				7 1 1 0
						保険分 請求額(円)	2 0 0 7 0	公費分 請求額		公費分本人負担月額

注：短期入所サービスを支給限度額を超えて利用する場合、特定入所者介護サービス費は、本体報酬が保険給付される日数以下の日数分しか支給されない。

注：短期入所生活介護及び短期入所療養介護にかかる食費及び滞在費は、被保険者である被保護者の場合、介護扶助の対象とならない。(利用者本人に請求する。)

(15) 短期入所療養介護（様式第4）のサービスにて、月初より15日間多床室に滞在。

利用者は生活保護単独受給者で、要介護状態は要支援であり、本人支払額はない場合の記載内容。

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	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	老健短期Ⅱ支	2 2 1 3 0 1	7 9 7	1 5	1 1 9 5 5	1 5	1 1 9 5 5	1
	合計				1 1 9 5 5		1 1 9 5 5	

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			6	1	5	0															
	②限度額管理対象単位数		1	1	9	5	5															
	③限度額管理対象外単位数																					
	④給付単位数			6	1	5	0			6	1	5	0									
	⑤単位数単価	1	0	0	0	円／単位							10 円／単位					10 円／単位				
	⑥給付率			0	／100		1	0	0	／100				／100			／100					
	⑦請求額（円）							6	1	5	0	0										
	⑧利用者負担額（円）											0										

[illegible]

注：生活保護単独受給者においては、短期入所の特定入所者介護サービス費の請求は行なわれない。（特定入所者介護サービス費の保険請求相当額は直接福祉事務所に、利用者負担相当額は利用者本人に請求する。）

利用者は生活保護単独受給者で、要介護状態は要支援であり、本人支払額はない場合の記載内容。

[illegible]

— 57 —

(17) 介護療養型医療施設(様式第10)のサービスにて、多床室に30日間(1ヶ月間)入所。

利用者が特定疾患・生活保護の公費受給者である場合の記載内容

公費負担者番号	5	1	4	8	0	0	0	1	平成	1	7	年	1	1	月	分
公費受給者番号	1	0	0	0	0	0	1	保険者番号	4	8	0	0	1	2		

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
	療養型施設 I ii3	5 3 2 2 7 1	1 1 5 0	3 0	3 4 5 0 0	3 0	3 4 5 0 0	1
	療養型施設栄養士配置加算	5 3 2 7 7 2	1 0	3 0	3 0 0	3 0	3 0 0	
	合計				3 4 8 0 0		3 4 8 0 0	

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	3 4 8 0 0	3 4 8 0 0		
	②単位数単価	1 0 0 0 円/単位		10 円/単位	10 円/単位
	③給付率	9 0 /100	1 0 0 /100	/100	/100
	④請求額(円)	3 1 3 2 0 0	3 4 8 0 0		
	⑤利用者負担額(円)	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
	未記入									
	合計									
							保険分 請求額(円)		公費分 請求額	公費分本人負担月額

2 枚中 1 枚目

公費負担者番号	1	2	4	8	0	0	0	1	平成	1	7	年	1	1	月	分
公費受給者番号	1	0	0	0	0	0	2	保険者番号	4	8	0	0	1	2		

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
	未記入							
	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			0 円/単位	10 円/単位
	③給付率	/10		/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
	療養施設食費	5 9 5 3 1 1	1 3 8 0	3 0 0	3 0	4 1 4 0 0	3 2 4 0 0	3 0	9 0 0 0	0
	療養施設多床室	5 9 5 3 2 4	3 2 0	0 3 0	9 6 0 0	9 6 0 0	0	0	0	
	合計					5 1 0 0 0			9 0 0 0	0
						保険分 請求額(円)	4 2 0 0 0	公費分 請求額	9 0 0 0	公費分本人負担月額

2 枚中 2 枚目

注：特定入所者介護サービス費の公費負担（生活保護のみ公費負担あり）が、第一公費では発生せず、第二公費以降で発生する場合、特定入所者介護サービス費欄の記載は、請求明細書様式の二枚目以降の生活保護記載の頁に記載を行う。