

IV 用語の定義等

1 用語の定義

(1) 原審査

介護サービスを提供した事業所から請求のあった介護給付費明細書等に対する各都道府県国民健康保険団体連合会の審査をいい、計画単位数を超える請求があった場合は査定減点されることがある。

なお、原則としてサービス提供月の翌月が審査月となっている。

(2) 受給者数

介護予防サービス又は介護サービスを受給し、当該審査月に保険請求のあった者の数であり、同一被保険者が同一月に2種類以上のサービスを受けた場合、サービスごとにそれぞれ計上するが、総数、小計には1人と計上している。

なお、年間累計受給者数は、各審査月の受給者数を合計している。

(3) 年間実受給者数

各年度とも4月から翌年3月の1年間において一度でも介護予防サービス又は介護サービスを受給したことのあった者の数であり、同一人が2回以上受給した場合は1人として計上している。ただし、当該期間中に被保険者番号の変更があった場合には、別受給者として計上している。

(4) 年間継続受給者数

令和5年4月から令和6年3月の各サービス提供月について1年間継続して介護予防サービス又は介護サービスを受給した者をいう。

(5) 認定者数

要介護（要支援）認定を受け、介護保険の受給資格がある者として、審査月の前月中に受給者台帳に登録されている者をいう。

(6) 費用額

審査月に原審査で決定された額であり、保険給付額と公費負担額、利用者負担額（公費の本人負担額を含む）の合計額である。市区町村が直接支払う費用（償還払い）は含まない。

(7) 単位数

介護サービス費用の単位であり、1単位の単価は地域により異なる。

(8) 居宅サービス給付単位数

介護給付費明細書のうち、居宅サービス支給限度額管理対象単位数の合計である。

(9) 回数・日数

介護給付費明細書に記載された介護給付費単位数サービスコードごとのサービス提供回数・日数を計上する。

(10) 支給限度基準額（居宅介護サービス費等区分支給限度基準額及び介護予防サービス費等区分支給限度基準額）

居宅サービス・地域密着型サービス・介護予防サービス・地域密着型介護予防サービスについて、要介護（要支援）状態区分に応じて定められた、1 か月間に利用できる保険給付対象となるサービス費用の上限をいう。

(11) 実日数

介護給付費明細書に記載されたサービス種類ごとの提供実日数を計上する。

(12) 件数

サービス種類ごとの請求件数であり、介護給付費明細書の請求枚数とは異なる。

(13) 介護予防居宅サービス・居宅サービス

①訪問介護

居宅で介護福祉士等から受ける入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話をいう。

②介護予防訪問入浴介護、訪問入浴介護

居宅を訪問し、浴槽を提供されて受ける入浴の介護をいう。

③介護予防訪問リハビリテーション、訪問リハビリテーション

居宅で心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるために行われる理学療法、作業療法等のリハビリテーションをいう。

④介護予防訪問看護、訪問看護

居宅で看護師等から受ける療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。

⑤通所介護

老人デイサービスセンター等の施設に通って受ける入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練をいう。

⑥介護予防通所リハビリテーション、通所リハビリテーション

介護老人保健施設、介護医療院、病院・診療所に通って受ける心身の機能の維持回復を図り、日常生活の自立を助けるための理学療法、作業療法等のリハビリテーションをいう。

⑦介護予防福祉用具貸与、福祉用具貸与

日常生活上の便宜を図るための用具や機能訓練のための用具で、日常生活の自立を助けるもの（厚生労働大臣が定めるもの）の貸与をいう。

⑧介護予防短期入所生活介護、短期入所生活介護

特別養護老人ホーム等の施設や老人短期入所施設への短期入所で受ける入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練をいう。

⑨介護予防短期入所療養介護、短期入所療養介護

介護老人保健施設、介護療養型医療施設等への短期入所で受ける看護、医学的管理下の介護と機能訓練等の必要な医療並びに日常生活上の世話をいう。

⑩介護予防居宅療養管理指導、居宅療養管理指導

居宅要介護者等について、病院、診療所等の医師、歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等により行われる療養上の管理及び指導をいう。

⑪介護予防特定施設入居者生活介護、特定施設入居者生活介護

有料老人ホーム等に入居する要介護者等が、特定施設サービス計画に基づい

て施設で受ける入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話をいう。

※ ⑪で「短期利用」とある場合は、一定要件を満たす特定施設における、空室がある場合の短期利用のサービスをいう。

(14) 介護予防支援

居宅要支援者の依頼を受けて、心身の状況、環境、本人や家族の希望等を勘案し、介護予防サービスや地域密着型介護予防サービスを適切に利用するための介護予防サービス計画等の作成、介護予防サービス提供確保のための事業者等との連絡調整その他の便宜の提供等を行うことをいう。

(15) 居宅介護支援

居宅要介護者の依頼を受けて、心身の状況、環境、本人や家族の希望等を勘案し、在宅サービス等を適切に利用するために、利用するサービスの種類・内容等の居宅サービス計画を作成し、サービス提供確保のため事業者等との連絡調整その他の便宜の提供等を行うとともに、介護保険施設等への入所が必要な場合は施設への紹介その他の便宜の提供等を行うことをいう。

(16) 地域密着型介護予防サービス・地域密着型サービス

①定期巡回・随時対応型訪問介護看護

定期的な巡回訪問又は通報を受け、居宅で介護福祉士等から受ける入浴、排せつ、食事等の介護その他日常生活上の世話、看護師等から受ける療養上の世話又は必要な診療の補助をいう。

②夜間対応型訪問介護

夜間において、定期的な巡回訪問又は通報を受け、居宅で介護福祉士等から受ける入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話をいう。

③地域密着型通所介護

小規模の老人デイサービスセンター等の施設に通って受ける入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練をいう。

④介護予防認知症対応型通所介護、認知症対応型通所介護

認知症の要介護者（要支援者）が、デイサービスを行う施設等に通って受ける入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練をいう。

⑤介護予防小規模多機能型居宅介護、小規模多機能型居宅介護

居宅又は厚生労働省令で定めるサービスの拠点に通わせ、又は短期間宿泊させ、当該拠点において受ける入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練をいう。

⑥介護予防認知症対応型共同生活介護、認知症対応型共同生活介護

比較的安定した状態にある認知症の要介護者（要支援者）が、共同生活を営む住居で受ける入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練をいう。

⑦地域密着型特定施設入居者生活介護

有料老人ホーム等に入居する要介護者等が、地域密着型サービス計画に基づいて施設で受ける入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話をいう。

⑧地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

地域密着型介護老人福祉施設に入所する要介護者が、地域密着型サービス計画に基づいて受ける入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をいう。

⑨複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）

訪問看護及び小規模多機能型居宅介護の組合せにより提供されるサービスをいう。

※ ⑤及び⑨で「短期利用」とある場合は、一定要件を満たす当該サービスにおける、短期利用に活用可能な宿泊室がある場合の短期利用のサービスをいう。

⑥及び⑦で「短期利用」とある場合は、一定要件を満たす当該サービスにおける、空室がある場合の短期利用のサービスをいう。

(17) 施設サービス

①介護福祉施設サービス

介護老人福祉施設に入所する要介護者が、施設サービス計画に基づいて受ける入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をいう。

（介護老人福祉施設・・・老人福祉法に規定する特別養護老人ホーム（入所定員が30人以上であるものに限る。）で、かつ、介護保険法による都道府県知事の指定を受けた施設であって、入所する要介護者が、施設サービス計画に基づいて受ける入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をを行うことを目的とする施設）

②介護保健施設サービス

介護老人保健施設に入所する要介護者が、施設サービス計画に基づいて受ける看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をいう。

（介護老人保健施設・・・介護保険法による都道府県知事の開設許可を受けた施設であって、入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設）

③介護療養施設サービス

介護療養型医療施設の療養病床等に入院する要介護者が、施設サービス計画に基づいて受ける療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療をいう。

（介護療養型医療施設・・・医療法に規定する医療施設で、かつ、介護保険法による都道府県知事の指定を受けた施設であって、入院する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護その他の世話及び機能訓練その他必要な医療を行うことを目的とする施設）

④介護医療院サービス

介護医療院に入所する要介護者が、施設サービス計画に基づいて受ける療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をいう。

(介護医療院・・・介護保険法による都道府県知事の開設許可を受けた施設であって、主として長期にわたり療養が必要である要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とする施設)

(18) 訪問介護内容類型

- ・ 身 体 介 護…利用者の身体に直接接触して行う介護等と、日常生活を営むのに必要な機能の向上等のための介助及び専門的な援助をいう。
- ・ 生 活 援 助…日常生活に支障が生じないように行われる調理・洗濯・掃除等をいう。
- ・ 通院等乗降介助…利用者の通院等のために指定訪問介護事業所の訪問介護員等が、自ら運転する車両への乗車・降車の介助を行い、併せて乗車前・降車後の屋内外での移動等の介助、又は通院先・外出先での受診等の手続・移動等の介助を行うことをいう。

(19) 特定治療

介護老人保健施設において、やむをえない事情により行われたリハビリテーション、処置、手術、麻酔、放射線治療について、医科診療報酬点数表により算定されるものである。

(20) 特別療養費

介護老人保健施設において、指導管理、リハビリテーション等のうち日常的に必要な医療行為として定められた特別療養費項目を行った場合に算定されるものである。

(21) 特定診療費

介護療養型医療施設等において、指導管理、リハビリテーション等のうち日常的に必要な医療行為として定められた特定診療費項目を行った場合に算定されるものである。

(22) 特別診療費

介護医療院において、指導管理、リハビリテーション等のうち日常的に必要な医療行為として定められた特別診療費項目を行った場合に算定されるものである。

(23) 加算・減算

サービスの実施状況等に応じて算定される加算、要介護（要支援）状態区分やサービス提供時間に応じ、人員配置や設備環境を反映して定められた基本算定項目を満たさない場合の減算をいう。

(24) 地域区分

人件費の地域差を反映させるために、1単位の単価が基本10円に対して地域区分ごとに割増が行われており、人件費水準の対全国平均上乘せ率にもとづいた、1級地・2級地・3級地・4級地・5級地・6級地・7級地・その他の8つである。

(25) サービス種類内容

介護給付費単位数サービスコード表算定項目について、サービス種類別に整理したものである。

(26) 請求事業所数

当該審査月に保険請求のあった事業所であり、同一月に２種類以上のサービスを提供した場合、サービスごとにそれぞれ事業所数を１と計上するが、合計には１と計上する。

(27) 特定入所者介護サービス

居住費（滞在費）及び食費について、所得の低い方に負担限度額を設け、施設には平均的な費用（基準費用額）と負担限度額との差額を保険給付で補うものである。

(28) 総合事業

市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することで、地域の支え合い体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを目指す「介護予防・日常生活支援総合事業」をいう。

2 介護給付費明細書、介護予防・日常生活支援総合事業費明細書及び給付管理票様式

様式第二（附則第二条関係）

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

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

公費負担者番号										令和										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		1.平成 2.令和																																							
		令和																																							
		年																																							
		月																																							
		日																																							
		から																																							
		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		1.平成 2.令和																		中止年月日		令和																			
中止理由		1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院 9.介護医療院入所																																							
給付費明細欄	サービス内容		サービスコード				単位数				回数				サービス単位数				公費分回数				公費対象単位数				摘要														
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																		
	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																		
	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（附則第二条関係）

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										令和										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		1.明治 2.大正 3.昭和										性別		1. 男 2. 女																								
			年 月 日																																				
	生年月日																																						
	要支援 状態区分		要支援 1・要支援 2																																				
認定有効 期間		1. 平成												2. 令和																									
		令和																																					
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																																				

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	1. 平成												中止年月日		令和													
中止理由	1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院 9.介護医療院入所																											

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

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（附則第二条関係）

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										令和				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	1. 平成 2. 令和		年		月		日		から 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		3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成																			
事業所 番号		事業所 名称																			
開始 年月日	1. 平成 2. 令和		年		月		日		中止 年月日	令和		年		月		日					
事業費明細欄	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							
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								
	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																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				
	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																				
	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		
																		枚中		枚目	

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														令和				年				月分	
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	1. 男 2. 女																			
												年											日									
要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5																															
認定有効期間	1. 平成 2. 令和				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																		

住宅サービス計画	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	1. 平成 2. 令和				年				月				日	
退所年月日	令和				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					

様式第三の二（附則第二条関係）

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										令和				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 1・要支援 2																														
認定有効期間	1. 平成 2. 令和		年		月		日		から		令和		年		月		日		まで		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	1. 平成 2. 令和		年		月		日					
	事業所番号																			退所年月日	令和		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																														
														枚中		枚目																

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										令和 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																				〒										
	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																													
	認定有効期間	1.平成 2.令和		年		月		日		から	令和		年		月		日		まで		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																		入所年月日	1.平成 2.令和		年		月		日					
	事業所番号																		退所年月日	令和		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令和 ②令和 ③令和		年		月		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																	
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（附則第二条関係）

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										令和				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 1 ・ 要支援 2																		連絡先		電話番号																		
	認定有効期間		1. 平成 2. 令和																				年 月 日 から 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		1. 平成 2. 令和				年				月				日							
		事業所番号																		退所年月日		令和				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		緊急時治療管理（再掲）										単位				単位×				日		緊急時治療開始年月日		①令和 ②令和 ③令和				年 年				月 月				日 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）																																								
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																						

居宅サービス介護給付費明細書
(介護医療院における短期入所療養介護)

公費負担者番号																																
公費受給者番号																																
						令和 年 月分																										
						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	1.平成 2.令和																														
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		1.平成 2.令和				年				月				日						
		事業所番号										退所年月日		令和				年				月				日						
		事業所名称										短期入所 実日数																				
基本摘要		摘要種類		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													
	合計																															
緊急時施設診療費	緊急時傷病名		① ② ③		緊急時治療管理（再掲）				単位		単位×		日		緊急時治療開始年月日		①令和 ②令和 ③令和				年				月				日		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																		
特別診療費	傷病名																															
	識別番号		内容		単位数		回数		保険分単位数		公費回数		公費分単位数		摘要																	
	合計																															
請求額集計欄	区分		保険分			公費分			保険分特定治療・特別診療費			公費分特定治療・特別診療費																				
	①計画単位数																															
	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													

介護予防サービス介護給付費明細書
(介護医療院における介護予防短期入所療養介護)

	枚中		枚目
--	----	--	----

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												令和		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	1. 平成 2. 令和 から															
	令和										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		1. 平成 2. 令和		年		月		日	
退所年月日		令和		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							

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			10 円／単位	10 円／単位
	⑥給付率				
	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				

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										令和										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																														
	(7桁*)																														
	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	1. 平成 2. 令和 から															令和 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																														
	事業所番号																														
	事業所名称																														

入所年月日	1. 平成 2. 令和 年 月 日																												
退所年月日	令和 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								

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
	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		

様式第六（附則第二条関係）

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												令和				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	1. 平成					年					月					日	から			
	2. 令和					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	1. 平成					年					月					日	退居 年月日	令和					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 9.介護医療院																																										
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 9.介護医療院入所																																										

給 付 費 明 細 欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 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
	④請求額（円）		
⑤利用者負担額（円）			

様式第六の二（附則第二条関係）

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														令和				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 2																										
認定有効 期間	1.平成 2.令和				年			月			日	から																
	令和				年			月		日	まで																	
入居 年月日	1.平成 2.令和				年			月			日	退居 年月日	令和			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 9.介護医療院																										
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 9.介護医療院入所																										
給 付 費 明 細 欄	サービス内容	サービスコード			単位数	回数 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）																											

様式第六の三（附則第二条関係）

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書
(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										令和										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		1.平成 2.令和																				
入居年月日		1.平成 2.令和																					
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 9.介護医療院																					
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 9.介護医療院入所																					
給付費明細欄	サービス内容		サービスコード				単位数		回数 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外部利用型外給付単位数																						
	④給付単位数																						
	⑤単位数単価						円/単位																
	⑥給付率						/100																
	⑦請求額（円）																						
⑧利用者負担額（円）																							
						枚中																	
						枚目																	

様式第六の四（附則第二条関係）

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												令和				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												〒													
	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1・要支援2																								
認定有効期間	1.平成 2.令和		年		月		日		から											連絡先	電話番号					
令和			年		月		日		まで																	
入居年月日	1.平成 2.令和		年		月		日		退居年月日	令和		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 9.介護医療院																								
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 9.介護医療院入所																								
給付費明細欄	サービス内容				サービスコード				単位数		回数 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外部利用型外給付単位数									
	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）										

様式第六の五（附則第二条関係）

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									
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 年 月 日				性別	1.男 2.女		
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5							
	認定有効期間	1.平成 2.令和 令和 年 月 日から 年 月 日まで							
住宅サービス計画		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							
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							
入居年月日		1.平成 2.令和 令和 年 月 日							
退居年月日		令和 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）									

様式第六の六（附則第二条関係）

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																令和						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																
	要支援 状態区分		要支援 2																								
認定有効 期間		1. 平成 2. 令和				年				月				日		から						まで					
		令和				年				月				日													
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																	
	事業所番号																	
	事業所名称																	
入居年月日		1. 平成 2. 令和				年				月				日				
退居年月日		令和				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）			

	枚中		枚目
--	----	--	----

様式第六の七（附則第二条関係）

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書
(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										令和				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																							
認定有効期間	1. 平成 2. 令和			年			月			日	から				令和			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		1. 平成 2. 令和		年		月		日																	
退居年月日		令和		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													
	⑦請求額（円）											／100													
⑧利用者負担額（円）																									

様式第七（附則第二条関係）

居宅介護支援介護給付費明細書

公費負担者番号										令和			年		月分						
										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	被保険者番号		(フリガナ)																性別	1. 男 2. 女	
被保 険者	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	要介護 1・2・3・4・5	認定 有効期間	1. 平成 2. 令和			年		月		日	から		
			年		月		日					令和		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	1. 平成 2. 令和		年		月		日					
給付 費用細 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	
被保 険者	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	要介護 1・2・3・4・5	認定 有効期間	1. 平成 2. 令和			年		月		日	から		
			年		月		日					令和		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	1. 平成 2. 令和		年		月		日					
給付 費用細 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								

介護予防支援介護給付費明細書

[illegible]

項番	被保険者															性別	1. 男 2. 女					
	被保険者番号					(フリガナ) 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		要支援1・ 要支援2		認定 有効期間		1. 平成 2. 令和		年		月		日		から		
			年		月		日				令和		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		1. 平成 2. 令和		年		月		日					
給付費明細欄	サービス内容					サービスコード					単位数		回数		サービス単位数		摘要		サービス単位数合計			
																			請求額合計			
項番	被保険者番号					(フリガナ) 氏名										性別	1. 男 2. 女					
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		要支援1・ 要支援2		認定 有効期間		1. 平成 2. 令和		年		月		日		から		
			年		月		日				令和		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		1. 平成 2. 令和		年		月		日					
給付費明細欄	サービス内容					サービスコード					単位数		回数		サービス単位数		摘要		サービス単位数合計			
																			請求額合計			

様式第七の三（附則第二条関係）

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)

[illegible]

様式第八（附則第二条関係）

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												令和				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												〒												
	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						旧措置入所者特例	1. 無 2. 有																
	認定有効期間	1. 平成 2. 令和				年		月		日	から														
		令和				年		月		日	まで														
入所年月日	1. 平成 2. 令和				年		月		日	退所年月日	令和				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 9. 介護医療院																							
退所後の状況		1. 居宅 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所																							
給付費明細欄	サービス内容	サービスコード				単位数		回数 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																							

様式第九（附則第二条関係）

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)

[illegible]

施設サービス等介護給付費明細書
(介護医療院サービス)

[illegible]

様式第十（附則第二条関係）

施設サービス等介護給付費明細書
(介護療養施設サービス)

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

様式第十一（附則第二条関係）

給付管理票（令和 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										1.平成 2.令和 年 月					～ 令和 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 (県番号ー事業所番号)										指定／基準該当／ 地域密着型 サービス／		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																								