資料３

様式第一（附則第二条関係）（案）

平成		年		月分

介護給付費請求書

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

保　険　者

（別　記）殿

下記のとおり請求します。　　平成　　年　　月　　日

保険請求

区　分	サービス費用						特定入所者介護サービス費等				
	件　数	単位数・点数	費用合計	保険請求額	公費請求額	利用者負担	件数	費用合計	利用者負担	公費請求額	保険請求額
居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等											
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合　計											

公費請求

区　分		サービス費用				特定入所者介護サービス費等		
		件　数	単位数・点数	費用合計	公費請求額	件数	費用合計	公費請求額
12	生　保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等							
	生　保 居宅介護支援・ 介護予防支援							
10	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								

備考　この用紙は、A列４番とすること。

様式第二の一（附則第二条関係）（案）

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・夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護）

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成		年		月分
保険者番号				

被保険者		
	被保険者番号	
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 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	経過的要介護・要介護１・２・３・４・５
	認定有効期間	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで

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

居宅サービス計画			
	１．居宅介護支援事業者作成　２．被保険者自己作成　~~３．介護予防支援事業者作成~~		
	事業所番号	事業所名称	

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

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要

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
11	訪問介護				
15	通所介護				
71	夜間対応型訪問介護				
72	認知症対応型通所介護				

	枚中		枚目

備考　この用紙は、A列４番とすること。

様式第二の二（附則第二条関係）（案）

介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書

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

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成		年		月分
保険者番号				

被保険者		
被保険者番号		
(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名		
生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和 年　月　日	性別　1．男　2．女
要支援状態区分	要支援１・要支援２	
認定有効期間	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで	

請求事業者	
事業所番号	
事業所名称	
所在地	〒　－
連絡先	電話番号

介護予防サービス計画			
	~~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作成
	事業所番号	事業所名称	

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

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要

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
61	介護予防訪問介護				
65	介護予防通所介護				
74	介護予防認知症対応型通所介護				

	枚中		枚目

備考　この用紙は、A列４番とすること。

様式第三の一（附則第二条関係）（案）

居宅サービス介護給付費明細書
（短期入所生活介護）

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成		年		月分
保険者番号				

被保険者					
	被保険者番号				
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 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	経過的要介護・要介護１・２・３・４・５			
	認定有効期間	平成　年　月　日 から			
		平成　年　月　日 まで			

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

居宅サービス計画		
	1 居宅介護支援事業者作成　2 被保険者自己作成　~~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	平成	年	月	日		
退所年月日	平成	年	月	日		
短期入所　実日数						

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

請求額集計欄

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

特定入所者介護サービス費

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

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

	枚中		枚目

備考　この用紙は、A列４番とすること。

様式第三の二（附則第二条関係）（案）

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	
公費受給者番号	

平成		年		月分
保険者番号				

被保険者		
	被保険者番号	
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名	
	生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和　年　月　日
	性別	1. 男　2. 女
	要支援状態区分	要支援１・要支援２
	認定有効期間	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで

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

介護予防サービス計画	
	~~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作成
	事業所番号
	事業所名称

入所年月日	平成	年	月	日			
退所年月日	平成	年	月	日			
短期入所　実日数							

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

請求額集計欄

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

特定入所者介護予防サービス費

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

備考　この用紙は、A列４番とすること。

様式第四の一（附則第二条関係）（案）

居宅サービス介護給付費明細書

（介護老人保健施設における短期入所療養介護）

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成		年		月分

保険者番号	

被保険者

被保険者番号				
(ﾌﾘｶﾞﾅ)				
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	経過的要介護・要介護１・２・３・４・５			
認定有効期間	平成　年　月　日　から			
	平成　年　月　日　まで			

請求事業者

事業所番号	
事業所名称	
所在地	〒　－
連絡先	電話番号

居宅サービス計画

	1 居宅介護支援事業者作成　2 被保険者自己作成　~~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	平成　年　月	日
退所年月日	平成　年　月	日
短期入所　実日数		

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

緊急時施設療養費

緊急時傷病名	① ② ③	緊急時治療開始年月日	①平成　年　月　日 ②平成　年　月　日 ③平成　年　月　日
緊急時治療管理（再掲）	単位　単位×　日		

特定治療			摘要
ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ		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
①計画単位数				
②限度額管理対象単位数				
③限度額管理対象外単位数				
④給付点数・単位数				
⑤点数・単位数単価	▲　円／単位		10 円／点	10 円／点
⑥給付率	／100	／100	／100	／100
⑦請求額（円）				
⑧利用者負担額（円）				

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

備考　この用紙は、A列４番とすること。

様式第四の二（附則第二条関係）（案）

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	
公費受給者番号	

平成		年		月分

保険者番号	

被保険者

被保険者番号				
(ﾌﾘｶﾞﾅ)				
氏名				
生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和　　年　　月　　日	性別	1. 男　2. 女	
要支援状態区分	要支援１・要支援２			
認定有効期間	平成　　年　　月　　日から			
	平成　　年　　月　　日まで			

請求事業者

事業所番号	
事業所名称	
所在地	〒　－
連絡先	電話番号

介護予防サービス計画

~~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作成	
事業所番号	
事業所名称	

入所年月日	平成	年	月	日		
退所年月日	平成	年	月	日		
短期入所　実日数						

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

緊急時施設療養費

緊急時傷病名	① ② ③	緊急時治療開始年月日	①平成　年　月　日 ②平成　年　月　日 ③平成　年　月　日
緊急時治療管理（再掲）	単位	単位×	日

特定治療

ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	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

請求額集計欄

区分	保険分	公費分	保険分特定治療	公費分特定治療
①計画単位数				
②限度額管理対象単位数				
③限度額管理対象外単位数				
④給付点数・単位数				
⑤点数・単位数単価	▲　円／単位		10 円／点	10 円／点
⑥給付率	／100	／100	／100	／100
⑦請求額（円）				
⑧利用者負担額（円）				

特定入所者介護予防サービス費

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

	枚中		枚目

備考　この用紙は、A列４番とすること。

様式第五の一（附則第二条関係）（案）

居宅サービス介護給付費明細書
（病院・診療所における短期入所療養介護）

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成	年	月分		
保険者番号				

被保険者					
被保険者番号					
(ﾌﾘｶﾞﾅ) 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	経過的要介護・要介護１・２・３・４・５				
認定有効期間	平成　年　月　日 から				
	平成　年　月　日 まで				

請求事業者	
事業所番号	
事業所名称	
所在地	〒　－
連絡先	電話番号

居宅サービス計画	
	1 居宅介護支援事業者作成　2 被保険者自己作成　~~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	平成	年	月	日		
退所年月日	平成	年	月	日		
短期入所　実日数						

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

特定診療費

傷病名							
識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要
合計							

請求額集計欄

区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
①計画単位数				
②限度額管理対象単位数				
③限度額管理対象外単位数				
④給付単位数				
⑤単位数単価	▲　円／単位		10 円／単位	10 円／単位
⑥給付率	／100	／100	／100	／100
⑦請求額（円）				
⑧利用者負担額（円）				

特定入所者介護サービス費

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

	枚中		枚目

備考　この用紙は、A列４番とすること。

様式第五の二（附則第二条関係）（案）

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	
公費受給者番号	

平成		年		月分
保険者番号				

被保険者					
被保険者番号					
(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名					
生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和 年　月　日	性別	1. 男　2. 女		
要支援状態区分	要支援１・要支援２				
認定有効期間	平成　年　月　日から				
	平成　年　月　日まで				

請求事業者	
事業所番号	
事業所名称	
所在地	〒　－
連絡先	電話番号

介護予防サービス計画	
	~~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作成
事業所番号	
事業所名称	

入所年月日	平成	年	月	日			
退所年月日	平成	年	月	日			
短期入所　実日数							

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

特定診療費

傷病名							
識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要
合計							

請求額集計欄

区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
①計画単位数				
②限度額管理対象単位数				
③限度額管理対象外単位数				
④給付単位数				
⑤単位数単価	▲　円／単位		10 円／単位	10 円／単位
⑥給付率	／100	／100	／100	／100
⑦請求額（円）				
⑧利用者負担額（円）				

特定入所者介護予防サービス費

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

	枚中		枚目

備考　この用紙は、A列４番とすること。