

### 【Ⅲ. 記載例】

- ※ 「単位数単価」は、例として「10.00」で統一記載しています。  
参考資料「地域区分における1単位あたりの単価」を参照し、正しく請求してください。
  
- ※ 記載例の「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」についての計算上の整合性は担保できません。  
ご請求時点での正しい内容・数値にて記入してください。

【記載例】 給付管理票総括票

給付管理票総括票

平成 30 年 5 月提出分

1～3のいずれかの番号に○

作成区分	1. 居宅介護支援事業所作成 2. 自己作成（保険者番号：） 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 支援事業所	事業所番号	2	6	7	4	0	0	×	×	×	×
	事業所名	K事業所									
	所在地連絡先	西京区〇〇町 075-381-xxxx									

他 県 分 集 計 欄	訪問通所サービス給付管理票 居宅サービス給付管理票	新規分	1 枚	1 件
		修正分	枚	件
		取消分	枚	件
	短期入所サービス給付管理票	新規分	枚	件
		修正分	枚	件
		取消分	枚	件

自 県 分 集 計 欄	訪問通所サービス給付管理票 居宅サービス給付管理票	新規分	3 枚	3 件
		修正分	給付管理票の「修正分」を記載	
		取消分	給付管理票の「取消」を記載	
	短期入所サービス給付管理票	新規分	枚	件
		修正分	枚	件
		取消分	枚	件



# 【記載例】介護給付費請求書

## 様式第一（附則第二条関係）

平成	3	0	年	4	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	2	6	7	■	■	■	■	■	■	■	■
請求事業所	名 称	A 事業所									
	所在地	〒 ■ ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■ ■									
	連絡先	075- ■ ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■ ■									

### 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	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪
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		⑫					
10 感染症 37条の2							
21 障自・通院医療							
15 障自・更生医療							
19 原爆・一般							
54 難病法							
51 特定疾患等 治療研究							
81 被爆者助成							
86 被爆体験者							
87 有機ヒ素・緊急措置							
88 水俣病総合対策 メチル水銀							
66 石綿・救済措置							
58 障害者・支援措置（全 額免除）							
25 中国残留邦人等							
合 計							

- ① 保険請求対象となる介護給付明細書の件数（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
  - ② 保険給付対象の単位数及び点数の合計を記載
  - ③ 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）当たり単価を乗じた結果（小数点以下切捨）の合計を記載  
（③費用合計＝④保険請求額＋⑤公費請求額＋⑥利用者負担額）
  - ④ 介護給付費明細書の保険請求額の合計を記載
  - ⑤ 介護給付費明細書の公費請求額の合計を記載
  - ⑥ 介護給付費明細書の利用者負担額と公費本人負担の合計を記載
  - ⑦ 特定入所者介護サービス費等として食費及び居住費（滞在費）が記載された明細書の件数を記載
  - ⑧ 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
  - ⑨ 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本人負担額を合計した額を記載
  - ⑩ 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
  - ⑪ 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
  - ⑫ 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
- ※ 公費請求欄についても保険請求欄に準じて、公費番号ごとに対象の値を記入すること。

【記載例】居宅サービスの請求

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		平成	3	0	年		4	月	分
公費受給者番号		保険者番号	2	6	■	■	■	■	■
被保険者 番号	被保険者番号	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■							
	(フリガナ)	カイゴ ハナコ							
	氏名	介護 花子							
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男	2. 女		
要介護 状態区分	要介護 1・2 3・4・5								
認定有効 期間	平成	■	■	年	■	■	日	から	
	平成	■	■	年	■	■	日	まで	
事業所 番号	事業所番号	2 6 ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■							
	事業所名称	A 事業所							
	請求	〒 ■ ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■							
連絡先	電話番号	■ ■ ■ - ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■							

月途中で要介護・要支援状態区分に変更が生じた場合  
月末時点での要介護区分を記載する

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	2 6 ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	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 9.介護医療院入所																				

前月より継続の場合は記載不要（小規模多機能型居宅介護を除く）

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
身体介護1	1 1 ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	2 5 4 0			
身体介護3	1 1 ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	5 8 4 0			
訪問介護処遇改善加算I	1 1 ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	3 3 5			
訪問入浴・部分浴	1 2 ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	3 5 0 0			

単位数×回数を記載する

サービスコード表よりサービス内容略称、およびサービスコードを記載する

該当サービスの単位数・回数を記載する

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
①サービス	1 1 ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	

サービス計画の単位数を記載する

介護保険証で確認した給付割合を記載する

請求額集計欄	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	施設所在 保険者番号	摘要
①サービス	1 1 ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	
②住所	住所								
③住所	住所								
④	■ 日								
⑤	3 0 0 0								
⑥	3 5 0 0								
⑦	3 0 0 0								
⑧	3 0 0 0								
⑨	1 0 0 0 円/単位								
⑩	7 8 4 3 5 2 7 0 0 0								
⑪	8 7 1 5 3 0 0 0								
⑫									
⑬									
⑭									
⑮									
⑯									
⑰									
⑱									
⑲									
⑳									
㉑									
㉒									
㉓									
㉔									
㉕									
㉖									
㉗									
㉘									
㉙									
㉚									
㉛									
㉜									
㉝									
㉞									
㉟									
㊱									
㊲									
㊳									
㊴									
㊵									
㊶									
㊷									
㊸									
㊹									
㊺									
㊻									
㊼									
㊽									
㊾									
㊿									

支給限度額管理の対象となるサービスを上段の給付費明細欄から合計した単位数を記載する

⑦給付単位数に⑨単位数単価を乗じた結果（小数点以下切捨）に、保険の給付を乗じた結果（小数点以下切捨）を記載する  
計算式：保険請求額＝給付単位数×単位数単価×保険給付率

⑦給付単位数に⑨単位数単価を乗じた結果（小数点以下切捨）から⑩保険請求額を差引いた残りの額を記載する（サービス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る）  
計算式：利用者負担額＝給付単位数×単位数－保険請求額

枚中 枚目







【記載例】居宅療養管理指導の請求

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		平成 3 0 年 4 月 分	
公費受給者番号		保険者番号 2 6 ■ ■ ■ ■	
被保険者	被保険者番号	2 6 7 ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	
	(フリガナ) 氏名	カイゴ ハナコ 介護 花子	
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 性別 1. 男 2. 女 1 0 年 5 月 1 7 日	
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5	
認定有効期間	平成 ■ ■ 年 ■ ■ 月 ■ ■ 日 から 平成 ■ ■ 年 ■ ■ 月 ■ ■ 日 まで		
請求事業者	事業所番号	2 6 7 ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■	
	事業所名称	〇〇医院	
	所在地	〒 ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ 〇〇市〇〇町	
連絡先	電	居宅療養管理指導のみの場合は、 支援事業所番号および名称は省略	
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 A 事業所	
開始年月日	平成	年	月
中止年月日	平成	年	月
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
	居宅療養管理指導 I	3 1 ■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■
給付費明細欄 (住所等特別)	サービス内容	サービスコード	単位数
請求額集計欄	①サービス種類コード / ②名称	3 1 居宅療養指導	
	③サービス実日数	■ 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	1 0 0 6	
	⑧公費分単位数		
	⑨単位数単価	1 0 0 0 円/単位	
	⑩保険請求額	9 0 5 4	
	⑪利用者負担額	1 0 0 6	
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

居宅訪問日を記載

■ 医師が行う場合  
 (1) 居宅療養管理指導費 I  
 (2) 居宅療養管理指導費 II  
 ■ 歯科医師が行う場合  
 ■ 薬剤師が行う場合  
 (1) 病院又は診療所の薬剤師が行う場合  
 (2) 薬局の薬剤師が行う場合  
 ・ 同一建物居住者以外の者に対して行う場合  
 ・ 同一建物居住者に対して行う場合  
 等、それぞれサービスコードが異なるため注意すること。



(このページは空白です)