

様式第一（附則第二条関係）

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・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							
10 生保 居宅介護支援・ 介護予防支援							
10 感染症 37条の2							
21 障自・通院医療							
15 障自・更正医療							
19 原爆・一般							
51 特定疾患等 治療研究							
57 障害者・支援措置 (経過措置)							
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							
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							

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		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	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									
	事業所番号									
	事業所名称									

開 始	平	成		年		月		日	中 止	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	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															
	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		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																
		給付率 (/100)		保険		公費		合計								

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					
73	小規模多機能型居宅介護						

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											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・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	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	公費回数	公費分率	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											給付率 (/100)		
	③サービス実日数	日	日	日	日						保険			
	④計画単位数											公費		
	⑤限度額管理対象単位数											合計		
	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	▲	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
	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						
	75 介護予防小規模多機能型居宅介護						