

サービス利用票別表の記載例

・本記載例における、要支援・要介護状態区分等、市町村が定める区分支給限度基準額、単位数、給付率は以下のとおり

要支援・要介護状態区分等：要支援1

区分支給限度基準額(単位)：5,003単位

(予防給付)

予防看I1 631010：1回につき318単位、給付率90%

(総合事業)

介護予防訪問介護I A11111：1月につき1,226単位、給付率90%

予防訪問介護初回加算 A14001：1月につき200単位、給付率90%

記載例1-1
要支援者が予防サービスとみなしサービスを受けた場合のサービス利用票別表

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引後		回数	サービス 単位/金額	種類支給限度基 準を超える単位数	種類支給限度 基準内単位数	区分支給限度基 準を超える単位数	区分支給限度 基準内単位数	単位数 単価	費用総額 保険/事業対象分	給付率 (%)	保険/事業費 請求額	定額利用者負担 単価金額	利用者負担 保険/事業対象分	利用者負担 (金額負担分)	
					率%	単位数														
△△事業所	9060000060	予防看I1	631010	318			8	2,544				2,544	10.35	26,330	90	23,697		2,633		
〇〇事業所	9070100010	介護予防訪問介護I	A11111	1,226			1	1,226												
〇〇事業所	9070100010	予防訪問介護初回加算	A14001	200			1	200												
〇〇事業所	9070100010	訪問型サービス(みなし)合計						(1,426)				1,426	10.35	14,759	90	13,283		1,476		
					要支援1の区分支給限度額を記載。															
					保険/事業費 請求額 1、4行目：《費用総額 保険/事業対象分 × 給付率》を記載する。 ※《》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。															
					利用者負担 保険/事業対象分 1、4行目：費用総額 保険/事業対象分 - 保険/事業費 請求額を記載する。															
					区分支給限度 基準額(単位)		合計		3,970				3,970		41,089		36,980		4,109	

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度 基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準 を超える単位数	サービス種類	種類支給限度 基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準 を超える単位数
				合計			

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累計利用日数

様式第二の三（附則第〇条関係）

記載例 1-3

要支援者がみなしサービスを受けた
場合の請求明細書

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	
公費受給者番号	

平成	2	7	年	0	4	月分
保険者番号	9	0	1	0	1	0

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 1 0 1 0					
	(7カガ)	カゴ 仔叻					
	氏名	介護 一郎					
	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	平成 2 7 年 0 4 月 0 1 日 から	平成 2 8 年 0 3 月 3 1 日 まで					

請求事業者	事業所番号	9 0 7 0 1 0 0 0 1 0					
	事業所名称	〇〇事業所					
	所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9 〇〇県〇〇市△△町 1-1-1					
	連絡先	電話番号 099-222-2222					

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	9 0 0 0 0 1 0 0 0 1						事業所名称	●●地域包括支援センター
------------	---------------------------	-------	---------------------	--	--	--	--	--	-------	--------------

開始年月日	平成 2 7 年 0 4 月 0 1 日	中止年月日	平成 年 月 日
-------	----------------------	-------	----------

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
介護予防訪問介護 I	A 1 1 1 1 1		1	1 2 2 6			
予防訪問介護初回加算	A 1 4 0 0 1		1	2 0 0			

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サービス種類コード / ②名称	A 1	訪問型サービス (みなし)
③サービス実日数	1 0	日
④計画単位数	1 4 2 6	
⑤限度額管理対象単位数	1 4 2 6	
⑥限度額管理対象外単位数	0	
⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥	1 4 2 6	
⑧公費分単位数	0	
⑨単位数単価	1 0 3 5	円/単位
⑩事業費請求額	1 3 2 8 3	
⑪利用者負担額	1 4 7 6	
⑫公費請求額	0	
⑬公費分本人負担	0	

1. 事業費請求額を求める

⑩事業費請求額 = 《⑦給付単位数 × ⑨単位数単価》 × 給付率

1,426 単位 × 10.35 円 = 14,759.1
≒ 14,759 円

14,759 円 × 90% = 13,283.1
≒ 13,283 円

2. 利用者負担額を求める

⑪利用者負担額 = 《⑦給付単位数 × ⑨単位数単価》 - ⑩事業費請求額

1,426 単位 × 10.35 円 = 14,759.1
≒ 14,759 円

14,759 円 - 13,283 = 1,476 円

※ 《》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

給付率 (/100)	
事業	9 0
公費	
合計	1 3 2 8 3
	1 4 7 6
	0
	0

枚中	枚目
----	----

要支援者が予防サービスを受けた場合の請求明細書

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
 (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
 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		平成	2	7	年	0	4	月分			
公費受給者番号		保険者番号	9	0	1	0	1	0			
被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
	(7桁) 氏名	カゴ イチロ 介護 一郎									
	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	平成 2 7 年 0 4 月 0 1 日 から	平成 2 8 年 0 3 月 3 1 日 まで								
請求事業者	事業所番号	9	0	6	0	0	0	0	0	6	0
	事業所名称	△△事業所									
	所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9 〇〇県〇〇市△△町 6-6-6									
	連絡先	電話番号 099-666-6666									

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	9	0	0	0	0	1	0	0	0	1	事業所名称	●●地域包括支援センター
開始年月日	平成 2 7 年 0 4 月 0 1 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
		予訪看 I 1	6 3 1 0 1 0	3 1 8	8	2 5 4 4		

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	6 3	介護予防訪問看護							
	③サービス実日数	8	日		日		日		日	
	④計画単位数		2 5 4 4							
	⑤限度額管理対象単位数		2 5 4 4							
	⑥限度額管理対象外単位数		0						給付率 (/100)	
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥		2 5 4 4						保険 9 0	
	⑧公費分単位数		0						公費	
	⑨単位数単価	1 0 3 5	円/単位			円/単位			円/単位	合計
	⑩保険請求額	2 3 6 9 7								2 3 6 9 7
	⑪利用者負担額	2 6 3 3								2 6 3 3
	⑫公費請求額	0								0
	⑬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		%	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

サービス利用票別表の記載例

- ・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「□」「◇」「■」にて表記している。
- ・本記載例における、要支援・要介護状態区分等、市町村が定める区分支給限度基準額、単位数、給付率は以下のとおり

要支援・要介護状態区分等：事業対象者

区分支給限度基準額(単位)：10,473単位

□□サービス1 A3◇◇◇◇◇：1月につき1,000単位、給付率95%

□□サービス2 A3■ ■ ■ ■ ■：1回につき100単位、給付率95%

記載例 2-1

事業対象者が保険者独自（定率）サービスを受けた場合のサービス利用票別表

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引後		回数	サービス単位/金額	種類支給限度基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	単位数	費用総額 保険/事業対象分	給付率 (%)	保険/事業費請求額	定額利用者負担 単価金額	利用者負担 保険/事業対象分	利用者負担 (全額負担分)	
					率%	単位数														
〇〇事業所	90A0100010	□□サービス1	A3◇◇◇◇◇	1,000			1	1,000												
〇〇事業所	90A0100010	□□サービス2	A3■ ■ ■ ■ ■	100			3	300												
〇〇事業所	90A0100010	訪問型サービス (独自/定率)合計						(1,300)				1,300	10.35	13,455	95	12,782			673	
												事業対象者の場合、区分支給限度基準額に目安となる要支援1の額を記載する。但し、計画単位数が要支援1の基準額を超える場合は、要支援2の区分支給限度額以下となる、市町村が定めた区分支給限度額を上限として明細部分の計算、記載を行う。 (区分支給限度基準額の記載は、目安となる要支援1の額のままとする。)		利用者負担 保険/事業対象分 3行目：費用総額保険/事業対象分 - 保険/事業費請求額を記載する。						
												保険/事業費請求額 3行目：《費用総額保険/事業対象分 × 給付率》を記載する。 ※《》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。								
				区分支給限度基準額(単位)	5,003		合計	1,300				1,300		13,455		12,782			673	

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数	サービス
				合

仮に、計画単位数が要支援1の額を超え、市町村が定めた区分支給限度額を超えていなかった場合には以下のように記載する。

区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計	5,200	~	区分支給限度基準を超える単位数	~	区分支給限度基準内単位数	~	5,200

仮に、計画単位数が要支援1の額も、市町村が定めた区分支給限度額も超えていた場合には以下のように記載する。

区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計	11,000	~	区分支給限度基準を超える単位数	~	区分支給限度基準内単位数	~	527

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累計利用日数

様式第二の三（附則第〇条関係）

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）

記載例 2-3
 事業対象者が保険者独自（定率）サービスを受けた場合の請求明細書
 （同一サービス種類内で給付率がすべて一致している場合）

公費負担者番号																				
公費受給者番号																				

平成																				
保険者番号	9	0	1	0	0	1														

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
	(フリガナ)	カゴ タロウ									
	氏名	介護 太郎									
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和			性別	1.男 2.女					
		0	5	年		0	5	月	0	5	日
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	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成			年			月			日	まで

請求事業者	事業所番号	9	0	A	0	1	0	0	0	1	0
	事業所名称	〇〇事業所									
	所在地	〒999-9999 〇〇県〇〇市△△町1-1-1									
	連絡先	電話番号 099-222-2222									

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	9 0 0 0 0 2 0 0 2 0
事業所名称	●●地域包括支援センター

開始年月日	平成 2 7 年 0 4 月 0 1 日	中止年月日	平成 年 月 日
-------	----------------------	-------	----------

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
〇〇サービス1	A 3 ◇ ◇ ◇ ◇		1	1 0 0 0			A3◇◇◇◇は「1月につき」のサービスであるため、単位数は記載しない
〇〇サービス2	A 3 ■ ■ ■ ■	1 0 0	3	3 0 0			

・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「◇」「■」にて表記している
 ・A3◇◇◇◇（「1月につき」給付率95%）及びA3■■■■（「1回につき」給付率95%）は保険者市町村から認められたサービス

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サービス種類コード / ②名称	A 3	訪問型サービス (独自/定率)
③サービス実日数	8	日
④計画単位数	1 3 0 0	
⑤限度額管理対象単位数	1 3 0 0	
⑥限度額管理対象外単位数	0	
⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥	1 3 0 0	
⑧公費分単位数	0	
⑨単位数単価	1 0 3 5	円/単位
⑩事業費請求額	1 2 7 8 2	
⑪利用者負担額	6 7 3	
⑫公費請求額	0	
⑬公費分本人負担	0	

1. 事業費請求額を求める
 ⑩事業費請求額＝
 《⑦給付単位数×⑨単位数単価》×給付率
 1,300 単位×10.35 円＝13,455 円
 13,455 円×95%＝12,782.25
 ≒12,782 円

2. 利用者負担額を求める
 ⑪利用者負担額＝
 《⑦給付単位数×⑨単位数単価》－⑩事業費請求額
 1,300 単位×10.35 円＝13,455 円
 13,455 円－12,782 円＝673 円

※ 《》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

保険者独自（定率）サービスの場合、給付率は記載しない

給付率 (/100)	
事業	
公費	
合計	
1 2 7 8 2	
6 7 3	
0	
0	

枚中	枚目
----	----

サービス利用票別表の記載例

- ・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「□」「■」にて表記している。
- ・本記載例における、要支援・要介護状態区分等、市町村が定める区分支給限度基準額、単位数、給付率は以下のとおり

要支援・要介護状態区分等：事業対象者

区分支給限度基準額(単位)：10,473単位

□□サービス1 A3□□□□：1回につき200単位、給付率95%

□□サービス2 A3■ ■ ■ ■：1回につき100単位、給付率80%

記載例 3-1

事業対象者が保険者独自(定率)サービスを受けた場合のサービス利用票別表

サービス利用票別表

費用総額 保険/事業対象分
1~3行目：《区分支給限度分基準内単位数 × 単位数単価》を記載する。
※《》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。

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引後		回数	サービス単位/金額	種類支給限度基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	単位数	費用総額 保険/事業対象分	給付率 (%)	保険/事業費請求額	定額利用者負担 単価金額	利用者負担 保険/事業対象分	利用者負担 (全額負担分)
					率%	単位数													
〇〇事業所	90A0100010	□□サービス1	A3□□□□	200			5	1,000				(1,000)	10.35	(10,350)	95	(9,832)			
〇〇事業所	90A0100010	□□サービス2	A3■ ■ ■ ■	100			3	300				(300)	10.35	(3,105)	80	(2,484)			
〇〇事業所	90A0100010	訪問型サービス (独自/定率)合計						(1,300)				1,300	10.35	13,455		12,316			1,139
				区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計		1,300				1,300		13,455		12,316			1,139

事業対象者の場合、区分支給限度基準額に目安となる要支援1の額を記載する。但し、計画単位数が要支援1の基準額を超える場合は、要支援2の区分支給限度額以下となる、市町村が定めた区分支給限度額を上限として明細部分の計算、記載を行う。(区分支給限度基準額の記載は、目安となる要支援1の額のままとする。)

保険/事業費請求額
1、2行目：《費用総額保険/事業対象分 × 給付率》を記載する。
3行目：1、2行目の事業費請求額の合計を記載する。
※1、2行目は同一のサービス種類で給付率が異なる為、明細行毎に事業費請求額を計算する。
※《》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。

利用者負担 保険/事業対象分
3行目：費用総額保険/事業対象分 - 保険/事業費請求額を記載する。

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数	サービス
				合

仮に、計画単位数が要支援1の額を超え、市町村が定めた区分支給限度額を超えていなかった場合には以下のように記載する。

区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計	5,200	~	区分支給限度基準を超える単位数	~	区分支給限度基準内単位数	5,200	~
---------------	-------	----	-------	---	-----------------	---	--------------	-------	---

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累計利用日数

仮に、計画単位数が要支援1の額も、市町村が定めた区分支給限度額も超えていた場合には以下のように記載する。

区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計	11,000	~	区分支給限度基準を超える単位数	~	区分支給限度基準内単位数	527	10,473	~
---------------	-------	----	--------	---	-----------------	---	--------------	-----	--------	---

様式第二の三 (附則第〇条関係)

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)

記載例 3-3
事業対象者が保険者独自(定率)サービスを受けた場合の請求明細書
(同一サービス種類内で給付率が複数存在する場合)

公費負担者番号																				
公費受給者番号																				

平成																				
保険者番号	9	0	1	0	0	1														

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
	(フリガナ)	カゴ タロウ									
	氏名	介護 太郎									
	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	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成			年			月			日	まで

請求事業者	事業所番号	9	0	A	0	1	0	0	0	1	0
	事業所名称	〇〇事業所									
	所在地	〒999-9999 〇〇県〇〇市△△町1-1-1									
	連絡先	電話番号 099-222-2222									

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	9	0	0	0	0	2	0	0	2	0
	事業所名称	●●地域包括支援センター									

開始年月日	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日
中止年月日	平成			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
	〇〇サービス1	A3	□□□□	200	5	1000		
〇〇サービス2	A3	■	100	3	300			

・ サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「□」「■」にて表記している
・ A3□□□□(給付率95%)及びA3■(給付率80%)は保険者市町村から認められたサービス

(参考)明細情報ごとの事業費請求額を求める
明細情報ごとの事業費請求額=
《《サービス単位数×⑨単位数単価》×給付率》
1行目 □□サービス1 (A3□□□□)
1,000単位×10.35円=10,350円
10,350円×95%=9,832.5≒9,832円
2行目 □□サービス2 (A3■) (給付率80%)
300単位×10.35円=3,105円
3,105円×80%=2,484円
※《》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

事業費明細欄(住所地利例)	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

請求額集計欄	①サービス種類コード/②名称	A3	訪問型サービス(独自/定率)																		
	③サービス実日数	8	日																		
	④計画単位数			1	3	0	0														
	⑤限度額管理対象単位数			1	3	0	0														
	⑥限度額管理対象外単位数						0														
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥			1	3	0	0														
	⑧公費分単位数						0														
	⑨単位数単価			1	0	3	5	円/単位													
	⑩事業費請求額			1	2	3	1	6													
	⑪利用者負担額			1	1	3	9														
	⑫公費請求額						0														
	⑬公費分本人負担						0														

保険者独自(定率)サービスの場合、給付率は記載しない

1. 事業費請求額を求める
⑩事業費請求額=
明細情報ごとに計算した事業費請求額の合計
9,832円+2,484円=12,316円
2. 利用者負担額を求める
⑪利用者負担額=
《⑦給付単位数×⑨単位数単価》-⑩事業費請求額
1,300単位×10.35円=13,455円
13,455円-12,316円=1,139円

給付率(/100)																				
事業																				
公費																				
合計																				
	1	2	3	1	6															
	1	1	3	9																
					0															
					0															
枚中																				
枚目																				

サービス利用票別表の記載例

- ・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「◇」「◆」にて表記している。
- ・本記載例における、要支援・要介護状態区分等、市町村が定める区分支給限度基準額、単位数、利用者負担額は以下のとおり

要支援・要介護状態区分等：事業対象者

区分支給限度基準額(単位)：10,473単位

◇◇サービス1 A4◇◇◇◇：1回につき400単位、1回あたりの利用者負担額414円

◇◇サービス2 A4◆◆◆◆：1回につき1000単位、1回あたりの利用者負担額777円

記載例 4-1

事業対象者が保険者独自（定額）サービスを受けた場合のサービス利用票別表

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引後		回数	サービス単位/金額	種類支給限度基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	単位数単価	費用総額 保険/事業対象分	給付率 (%)	保険/事業費請求額	定額利用者負担 単価金額	利用者負担 保険/事業対象分	利用者負担 (全額負担分)
					率%	単位数													
〇〇事業所	90A0100040	◇◇サービス1	A4◇◇◇◇	400			5	2,000										414	(2,070)
〇〇事業所	90A0100040	◇◇サービス2	A4◆◆◆◆	1,000			3	3,000										777	(2,331)
〇〇事業所	90A0100040	訪問型サービス (独自/定額)合計						(5,000)				5,000	10.35	51,750		47,349		4,401	
<p>事業対象者の場合、区分支給限度基準額に目安となる要支援1の額を記載する。但し、計画単位数が要支援1の基準額を超える場合は、要支援2の区分支給限度額以下となる、市町村が定めた区分支給限度額を上限として明細部分の計算、記載を行う。(区分支給限度基準額の記載は、目安となる要支援1の額のみとする。)</p>																			
<p>保険/事業費 請求額 3行目：費用総額保険/事業対象分 - 利用者負担 保険/事業対象分 を記載する。</p>																			
<p>利用者負担 保険/事業対象分 1、2行目：定額利用者負担単価金額 × 回数を記載する。 3行目：1、2行目の利用者負担 の合計を記載する。</p>																			
				区分支給限度基準額(単位)	5,003		合計	5,000				5,000		51,750		47,349		4,401	

保険者独自（定額）の場合、給付率は記載しない。

保険者独自（定額）の場合、1回あたりの利用者負担額を定額利用者負担単価金額欄に記載する。

— 15 —

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数	サービス
				合

仮に、計画単位数が要支援1の額を超え、市町村が定めた区分支給限度額を超えていなかった場合には以下のように記載する。

区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計	5,200	~	区分支給限度基準を超える単位数	~	区分支給限度基準内単位数	5,200	~
---------------	-------	----	-------	---	-----------------	---	--------------	-------	---

仮に、計画単位数が要支援1の額も、市町村が定めた区分支給限度額も超えていた場合には以下のように記載する。

区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計	11,000	~	区分支給限度基準を超える単位数	527	区分支給限度基準内単位数	10,473	~
---------------	-------	----	--------	---	-----------------	-----	--------------	--------	---

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累計利用日数

様式第二の三 (附則第〇条関係)

記載例 4-3

事業対象者が保険者独自(定額)サービスを受けた場合の請求明細書

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	
公費受給者番号	

平成	2	7	年	0	4	月分
保険者番号	9	0	1	0	1	0

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 2 2 2 2									
	(フリガナ)	カゴ ハコ									
	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	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成			年			月			日	まで

請求事業者	事業所番号	9 0 A 0 1 0 0 0 4 0									
	事業所名称	〇〇事業所									
	所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9 〇〇県〇〇市△△町 2-2-2									
	連絡先	電話番号 099-333-3333									

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	9 0 0 0 0 1 0 0 0 1
事業所名称	●●地域包括支援センター

開始年月日	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	中止年月日	平成									
-------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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
◇◇サービス1	A4◇◇◇◇	4 0 0	5	2 0 0 0
◇◇サービス2	A4◆◆◆◆	1 0 0 0	3	3 0 0 0

・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「◇」「◆」にて表記している
・A4◇◇◇◇(利用者負担額 414 円)及びA4◆◆◆◆(利用者負担額 777 円)は保険者市町村から認められたサービス

(参考) 明細情報ごとの利用者負担額を求める
明細情報ごとの利用者負担額＝
1 回あたりの利用者負担額×回数

1 行目 ◇◇サービス1 (A4◇◇◇◇)
414 円×5 回＝2,070 円

2 行目 ◇◇サービス2 (A4◆◆◆◆)
777 円×3 回＝2,331 円

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サービス種類コード / ②名称	A 4	訪問型サービス (独自/定額)
③サービス実日数	8	日
④計画単位数	5 0 0 0	
⑤限度額管理対象単位数	5 0 0 0	
⑥限度額管理対象外単位数	0	
⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥	5 0 0 0	
⑧公費分単位数	0	
⑨単位数単価	1 0 3 5	円/単位
⑩事業費請求額	4 7 3 4 9	
⑪利用者負担額	4 4 0 1	
⑫公費請求額	0	
⑬公費分本人負担	0	

1. 利用者負担額を求める
⑪利用者負担額＝
明細情報ごとに計算した利用者負担額の合計
2,070 円 + 2,331 円 = 4,401 円

2. 事業費請求額を求める
⑩事業費請求額＝
《⑦給付単位数×⑨単位数単価》－⑪利用者負担額
5,000 単位×10.35 円＝51,750 円
51,750 円－4,401 円＝47,349 円

※保険者独自(定額)サービスの場合、利用者負担額から先に計算する
※《》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

給付率 (/100)	
事業	
公費	
合計	
	4 7 3 4 9
	4 4 0 1
	0
	0

枚中	枚目
----	----

サービス利用票別表の記載例

- ・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「□」「■」にて表記している。
- ・本記載例における、要支援・要介護状態区分等、市町村が定める区分支給限度基準額、単位数、給付率は以下のとおり

要支援・要介護状態区分等：事業対象者

区分支給限度基準額(単位)：10,473単位

□□サービス1 A3□□□□：1回につき401単位、給付率95%

□□サービス2 A3■■■■■：1回につき401単位、給付率80%

□□サービス3 A3■■■□：1回につき871単位、給付率95%

記載例 5-1

事業対象者が保険者独自（定率）サービスを受けた場合のサービス利用票別表
(計画単位数を超過した場合)

サービス利用票別表

費用総額 保険/事業対象分

1~4行目:《区分支給限度分基準内単位数 × 単位数単価》を記載する。

※《》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。

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引後		回数	サービス単位/金額	種類支給限度基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	単位数単価	費用総額 保険/事業対象分	給付率 (%)	保険/事業費 請求額	定額利用者負担 単価金額	利用者負担 保険/事業対象分	利用者負担 (金額負担分)
					率%	単位数													
〇〇事業所	90A0100010	□□サービス1	A3□□□□	401			5	2,005				(2,005)	10.35	(20,751)	95	(19,713)			
〇〇事業所	90A0100010	□□サービス2	A3■■■■■	401			5	2,005			(505)	(1,500)	10.35	(15,525)	80	(12,420)			
〇〇事業所	90A0100010	訪問型サービス (独自/定率)合計						(4,010)			505	3,505	10.35	36,276		32,133		4,143	5,226
□□事業所	90A0100050	□□サービス3	A3■■■□	871			8	6,968				6,968	10.35	72,118	95	68,512		3,606	
					区分支給限度 基準額(単位)	5,003	合計	10,978			505	10,473		108,394		100,645		7,749	5,226

区分支給限度基準を超える単位数
利用者負担額を考慮し給付率が低い2行目のサービス(A3■■■■■)で
超過した単位数の調整を行った例を示す。

事業対象者の場合、区分支給限度基準額に
目安となる要支援1の額を記載する。
但し、計画単位数が要支援1の基準額を超える
場合は、要支援2の区分支給限度額以下となる、
市町村が定めた区分支給限度額を上限として
明細部分の計算、記載を行う。
(区分支給限度基準額の記載は、目安となる
要支援1の額のみとする。)

保険/事業費請求額
1、2行目:《費用総額保険/事業対象分 × 給付率》を記載する。
3行目: 1、2行目の事業費請求額の合計を記載する。
4行目:《費用総額保険/事業対象分 × 給付率》を記載する。

※1、2行目は同一のサービス種類で給付率が異なる為、明細行毎に事業
費請求額を計算する。
※《》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。

利用者負担 保険/事業対象分
3、4行目: 費用総額保険/事業対象分 - 保険/事業費 請求額
を記載する。

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度 基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準 を超える単位数	サービス
				合

仮に、計画単位数が要支援1の額を超え、市町村が定めた区分支給限度額を超えていなかった場合には以下のように記載する。

区分支給限度 基準額(単位)	5,003	合計	5,200	~	区分支給限度 基準内単位数	5,200	~

仮に、計画単位数が要支援1の額も、市町村が定めた区分支給限度額も超えていた場合には以下のように記載する。

区分支給限度 基準額(単位)	5,003	合計	11,000	~	区分支給限度 基準内単位数	527	10,473	~

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累計利用日数

様式第二の三（附則第〇条関係）

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）

記載例 5-3

事業対象者が保険者独自（定率）サービスを受けた場合の請求明細書
 （計画単位数を超過した場合）

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成	
保険者番号	9 0 1 0 0 1

被保険者番号	0 0 0 0 0 0 1 1 1 1
(フリガナ)	カゴ タロウ
氏名	介護 太郎
生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 0 5 年 0 5 月 0 5 日
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	平成 2 7 年 0 4 月 0 1 日 から 平成 年 月 日 まで

事業所番号	9 0 A 0 1 0 0 0 1 0
事業所名称	〇〇事業所
所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9
連絡先	

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	9 0 0 0 0 2 0 0 2 0
事業所名称	
開始年月日	平成 2 7 年 0 4 月 0 1 日
中止年月日	

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
〇〇サービス1	A 3 □ □ □ □	4 0 1	5	2 0 0 5
〇〇サービス2	A 3 ■ ■ ■ ■	4 0 1	5	2 0 0 5

・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「□」「■」にて表記している
 ・A3□□□□（給付率95%）及びA3■■■■（給付率80%）は保険者市町村から認められたサービス

事業費明細欄（住所地域別）	サー	回数	サービス単位数

計画単位数が3,505単位に対して、4,010単位実施し計画単位数を505単位超過している

①サービス種類コード／②名称	A 3 訪問型（独自）
③サービス実日数	1 0 日
④計画単位数	3 5 0 5
⑤限度額管理対象単位数	4 0 1 0
⑥限度額管理対象外単位数	0
⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）+⑥	3 5 0 5
⑧公費分単位数	0
⑨単位数単価	1 0 3 5 円/単位
⑩事業費請求額	3 2 1 3 3
⑪利用者負担額	4 1 4 3
⑫公費請求額	0
⑬公費分本人負担	0

1. 事業費請求額を求める
 ⑩事業費請求額＝
 明細情報ごとに計算した事業費請求額の合計
 19,713円＋12,420円＝32,133円

2. 利用者負担額を求める
 ⑪利用者負担額＝
 《⑦給付単位数×⑨単位数単価》－⑩事業費請求額
 3,505単位×10.35円＝36,276.75
 ≒36,276円
 36,276円－32,133円＝4,143円

保険者独自（定率）サービスの場合、給付率は記載しない

給付率（/100）	
事業	
公費	
合計	3 2 1 3 3
	4 1 4 3
	0
	0

2行目のサービス（A3■■■■）で超過した単位数の調整を行った例を示す
 （参考）明細情報ごとの事業費請求額を求める
 明細情報ごとの事業費請求額＝
 《サービス単位数×⑨単位数単価》×給付率
 1行目 □□サービス1（A3□□□□）
 2,005単位×10.35円＝20,751.75≒20,751円
 20,751円×95%＝19,713.45円
 ≒19,713円

（参考）2行目のサービス（A3■■■■）のサービス単位数から、超過した505単位を減算した単位数より明細情報ごとの事業費請求額を求める
 《（サービス単位数－超過分の単位数）×⑨単位数単価》×給付率
 2行目 □□サービス2（A3■■■■）
 2,005単位－505単位＝1,500単位
 1,500単位×10.35＝15,525円
 15,525円×80%＝12,420円

※《》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

枚中	枚目
----	----

様式第二の三（附則第〇条関係）

記載例 6-3
 事業対象者が保険者独自（定額）サービスを受けた場合の請求明細書
 （計画単位数を超過した場合）

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	
公費受給者番号	

平成	2	7	年	0	4	月分
保険者番号	9	0	1	0	1	0

被保険者番号	0 0 0 0 0 0 2 2 2 2														
(フリガナ)	カゴ ハコ														
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	平成 2 7 年 0 4 月 0 1 日 から 平成 年 月 日 まで														

事業所番号	9 0 A 0 1 0 0 0 4 0											
事業所名称	〇〇事業所											
所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9 〇〇県〇〇市△△町 2-2-2											
連絡先												

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	9 0 0 0 0 1 0 0 0 1											
事業所名称												

開始年月日	平成 2 7 年 0 4 月 0 1 日											
中止年月日												

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
◇◇サービス1	A 4 ◇ ◇ ◇ ◇	4 0 1	5	2 0 0 5
◇◇サービス2	A 4 ◆ ◆ ◆ ◆	4 0 1	5	2 0 0 5

・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「◇」「◆」にて表記している
 ・A4◇◇◇◇（利用者負担額 414 円）及び A4◆◆◆◆（利用者負担額 777 円）は保険者市町村から認められたサービス

事業費明細欄（住所地特例対象者）	回数	サービス単位数
計画単位数が 3,505 単位に対して、4,010 単位実施し計画単位数を 505 単位超過している		

①サービス種類コード / ②名称	A 4	サービス / 定額
③サービス実日数	1 0 日	
④計画単位数	3 5 0 5	
⑤限度額管理対象単位数	4 0 1 0	
⑥限度額管理対象外単位数	0	
⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）+⑥	3 5 0 5	
⑧公費分単位数	0	
⑨単位数単価	1 0 3 5 円/単位	
⑩事業費請求額	3 1 3 0 0	
⑪利用者負担額	4 9 7 6	
⑫公費請求額	0	
⑬公費分本人負担	0	

1. 利用者負担額を求める
 ⑪利用者負担額＝
 明細情報ごとに計算した利用者負担額の合計
 2,070 円 + 2,906 円 = 4,976 円

2. 事業費請求額を求める
 ⑩事業費請求額＝
 《⑦給付単位数 × ⑨単位数単価》 - ⑪利用者負担額
 3,505 単位 × 10.35 円 = 36,276.75
 ≒ 36,276 円
 36,276 円 - 4,976 円 = 31,300 円

※保険者独自（定額）サービスの場合、利用者負担額から先に計算する

2 行目のサービス（A4◆◆◆◆）で超過した単位数の調整を行った例を示す
 （参考）明細情報ごとの利用者負担額を求める
 明細情報ごとの利用者負担額＝
 1 回あたりの利用者負担額 × 回数
 1 行目 ◇◇サービス 1（A4◇◇◇◇）
 414 円 × 5 回 = 2,070 円

（参考）2 行目のサービス（A4◆◆◆◆）のサービス単位数から、超過した 505 単位数を減算した単位数より明細情報ごとの利用者負担額を求める
 《 1 回あたりの利用者負担額 / 1 回あたりの単位数 × (サービス単位数 - 超過分の単位数) 》
 2 行目 ◇◇サービス 2（A4◆◆◆◆）
 (777 円 / 401 単位) × (2,005 単位 - 505 単位)
 = 2,906.483... ≒ 2,906 円

※まず 1 単位あたりの利用者負担額を求め、その値に計画単位数内の単位数を乗じて計算する
 ※《》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

保険者独自（定額）サービスの場合、給付率は記載しない

給付率 (/100)	
事業	
公費	
合計	
	3 1 3 0 0
	4 9 7 6
	0
	0

枚中	枚目
----	----

サービス利用票別表の記載例

- ・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「○」「□」にて表記している。
 - ・本記載例における、要支援・要介護状態区分等、市町村が定める区分支給限度基準額、単位数、給付率または利用者負担額は以下のとおり
- 要支援・要介護状態区分等：事業対象者
- 区分支給限度基準額(単位)：10,473単位
- サービス A3○○○○：1月につき1,500単位、給付率90%
- サービス1 A4□□□□：1回につき101単位、1回あたりの利用者負担額100円

記載例7-1

事業対象者が保険者独自(定率)サービスと保険者独自(定額)サービスを受けた場合のサービス利用票別表

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引後		回数	サービス単位/金額	種類支給限度基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	単位数単価	費用総額 保険/事業対象分	給付率 (%)	保険/事業費請求額	定額利用者負担 単価金額	利用者負担 保険/事業対象分	利用者負担 (金額負担分)
					率%	単位数													
○○事業所	90A0100040	○○サービス	A3○○○○	1,500			1	1,500				1,500	10.35	15,525	90	13,972		1,553	
○○事業所	90A0100040	□□サービス1	A4□□□□	101			20	2,020				2,020	10.35	20,907		18,907	100	2,000	
				区分支給限度基準額(単位)	5,003		合計	3,520				3,520		36,432		32,879		3,553	

保険/事業費 請求額

1行目：《費用総額保険/事業対象分 × 給付率》を記載する。

2行目：費用総額保険/事業対象分 - 利用者負担 保険/事業対象分 を記載する。

※《》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。

事業対象者の場合、区分支給限度基準額に目安となる要支援1の額を記載する。但し、計画単位数が要支援1の基準額を超える場合は、要支援2の区分支給限度額以下となる、市町村が定めた区分支給限度額を上限として明細部分の計算、記載を行う。(区分支給限度基準額の記載は、目安となる要支援1の額のみとする。)

利用者負担 保険/事業対象分

1行目：費用総額 保険/事業対象分 - 保険/事業費 請求額 を記載する。

2行目：定額利用者負担単価金額 × 回数 を記載する。

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数	サービス
				合

仮に、計画単位数が要支援1の額を超え、市町村が定めた区分支給限度額を超えていなかった場合には以下のように記載する。

区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計	5,200	~	区分支給限度基準を超える単位数	~	区分支給限度基準内単位数	5,200	~
---------------	-------	----	-------	---	-----------------	---	--------------	-------	---

仮に、計画単位数が要支援1の額も、市町村が定めた区分支給限度額も超えていた場合には以下のように記載する。

区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計	11,000	~	区分支給限度基準を超える単位数	527	区分支給限度基準内単位数	10,473	~
---------------	-------	----	--------	---	-----------------	-----	--------------	--------	---

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累計利用日数

様式第二の三 (附則第〇条関係)

記載例 7-3
 事業対象者が保険者独自 (定率) サービスと保険者独自 (定額) サービスを受けた場合の請求明細書

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)

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成	2	7	年	0	4	月分
保険者番号	9	0	1	0	1	0

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 2 2 2 2
	(フリガナ)	カゴ ハコ
	氏名	介護 花子
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 0 5 年 0 6 月 0 6 日
	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	平成 2 7 年 0 4 月 0 1 日 から 平成 年 月 日 まで	

請求事業者	事業所番号	9 0 A 0 1 0 0 0 4 0
	事業所名称	〇〇事業所
	所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9 〇〇県〇〇市△△町 2-2-2
	連絡先	電話番号 099-333-3333

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	9 0 0 0 0 1 0 0 0 1
事業所名称	●●地域包括支援センター

開始年月日	平成 2 7 年 0 4 月 0 1 日	中止年月日	平成 年 月 日
-------	----------------------	-------	----------

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
〇〇サービス	A 3 〇 〇 〇 〇		1	1 5 0 0	
□□サービス1	A 4 □ □ □ □	1 0 1	2 0	2 0 2 0	

A3〇〇〇〇は「1月につき」のサービスであるため、単位数は記載しない

・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「〇」「□」にて表記している
 ・A3〇〇〇〇(給付率90%)及びA4□□□□(利用者負担額100円)は保険者市町村から認められたサービス

(参考) 明細情報ごとの利用者負担額を求める
 明細情報ごとの利用者負担額 =
 1回あたりの利用者負担額 × 回数
 2行目 □□サービス1 (A4□□□□)
 100円 × 20回 = 2,000円

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

①サービス種類コード / ②名称	A 3	訪問型サービス (独自/定率)	A 4	訪問型サービス (独自/定額)
③サービス実日数	1	日	2 0	日
④計画単位数		1 5 0 0		2 0 2 0
⑤限度額管理対象単位数		1 5 0 0		2 0 2 0
⑥限度額管理対象外単位数		0		0
⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥		1 5 0 0		2 0 2 0
⑧公費分単位数		0		0
⑨単位数単価	1 0 3 5	円/単位	1 0 3 5	円/単位
⑩事業費請求額	1 3 9 7 2		1 8 9 0 7	
⑪利用者負担額	1 5 5 3		2 0 0 0	
⑫公費請求額		0		0
⑬公費分本人負担		0		0

【A3：訪問型サービス (独自/定率)】
 1. 事業費請求額を求める
 ⑩事業費請求額 =
 《⑦給付単位数 × ⑨単位数単価》 × 給付率
 1,500単位 × 10.35円 = 15,525円
 15,525円 × 90% = 13,972.5
 ≒ 13,972円
 2. 利用者負担額を求める
 ⑪利用者負担額 =
 《⑦給付単位数 × ⑨単位数単価》 - ⑩事業費請求額
 1,500単位 × 10.35円 = 15,525円
 15,525円 - 13,972円 = 1,553円
 【A4：訪問型サービス (独自/定額)】
 1. 事業費請求額 =
 《⑦給付単位数 × ⑨単位数単価》 - ⑪利用者負担額
 2,020単位 × 10.35円 = 20,907円
 20,907円 - 2,000円 = 18,907円
 ※ 《》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

サービス利用票別表の記載例

- ・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「□」にて表記している。
- ・本記載例における、要支援・要介護状態区分等、市町村が定める区分支給限度基準額、単位数、給付率は以下のとおり

要支援・要介護状態区分等：事業対象者

区分支給限度基準額(単位)：10,473単位

□□サービス1 A3□□□□：1回につき80単位、給付率85%

予防通所介護1・日割 A51112 ：1日につき70単位、給付率90%

記載例 8-1

事業対象者が訪問型サービス(独自/定率)と通所型サービス(みなし)を同一事業所で受けた場合のサービス利用票別表

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引後		回数	サービス単位/金額	種類支給限度基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	単位数単価	費用総額 保険/事業対象分	給付率 (%)	保険/事業費請求額	定額利用者負担 単価金額	利用者負担 保険/事業対象分	利用者負担 (金額負担分)
					率%	単位数													
〇〇事業所	9070100050	□□サービス1	A3□□□□	80			10	800				800	10.35	8,280	85	7,038		1,242	
〇〇事業所	9070100050	予防通所介護1・日割	A51112	70			20	1,400				1,400	10.23	14,322	90	12,889		1,433	
				区分支給限度基準額(単位)	5,003		合計	2,200				2,200		22,602		19,927		2,675	

保険/事業費 請求額
1、2行目：《費用総額 保険/事業対象分 × 給付率》を記載する。
※《》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。

事業対象者の場合、区分支給限度基準額に目安となる要支援1の額を記載する。但し、計画単位数が要支援1の基準額を超える場合は、要支援2の区分支給限度額以下となる、市町村が定めた区分支給限度額を上限として明細部分の計算、記載を行う。(区分支給限度基準額の記載は、目安となる要支援1の額のままとする。)

利用者負担 保険/事業対象分
1、2行目：費用総額 保険/事業対象分 - 保険/事業費 請求額を記載する。

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準を超える単位数	サービス
				合

仮に、計画単位数が要支援1の額を超え、市町村が定めた区分支給限度額を超えていなかった場合には以下のように記載する。

区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計	5,200	~	区分支給限度基準を超える単位数	~	区分支給限度基準内単位数	5,200	~
---------------	-------	----	-------	---	-----------------	---	--------------	-------	---

仮に、計画単位数が要支援1の額も、市町村が定めた区分支給限度額も超えていた場合には以下のように記載する。

区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計	11,000	~	区分支給限度基準を超える単位数	527	区分支給限度基準内単位数	10,473	~
---------------	-------	----	--------	---	-----------------	-----	--------------	--------	---

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累計利用日数

様式第二の三（附則第〇条関係）

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）

記載例 8-3
 事業対象者が訪問型サービス（独自／定率）と通所型サービス（みなし）を同一事業所で受けた場合の請求明細書

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成	2	7	年	0	4	月分
保険者番号	9	0	1	0	1	0

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 2 2 2 2									
	(フリガナ)	カゴ ハコ									
	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	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成			年			月			日	まで

請求事業者	事業所番号	9 0 7 0 1 0 0 0 5 0									
	事業所名称	【A3：訪問型サービス（独自／定率）】									
	所在	1. 事業費請求額を求める ⑩事業費請求額＝ 《《⑦給付単位数×⑨単位数単価》×給付率》 800 単位×10.35 円＝8,280 円 8,280 円×85%＝7,038 円									
連絡	2. 利用者負担額を求める ⑪利用者負担額＝ 《⑦給付単位数×⑨単位数単価》－⑩事業費請求額 800 単位×10.35 円＝8,280 円 8,280 円－7,038 円＝1,242 円										

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	9 0 0 0 0 1 0 0 0 1
事業所名称	

開始年月日	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	中止年月日
-------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------

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
□□サービス1	A 3 □ □ □ □	8 0	1 0	8 0 0
予防通所介護1・日割	A 5 1 1 1 2	7 0	2 0	1 4 0 0

・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「□」にて表記している
 ・A3□□□□（給付率85%）は保険者市町村から認められたサービス

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

①サービス種類コード／②名称	A 3	訪問型サービス（独自／定率）	A 5	通所型サービス（みなし）
③サービス実日数	1 0	日	2 0	日
④計画単位数		8 0 0		1 4 0 0
⑤限度額管理対象単位数		8 0 0		1 4 0 0
⑥限度額管理対象外単位数		0		0
⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥		8 0 0		1 4 0 0
⑧公費分単位数		0		0
⑨単位数単価	1 0 3 5	円／単位	1 0 2 3	円／単位
⑩事業費請求額		7 0 3 8		1 2 8 8 9
⑪利用者負担額		1 2 4 2		1 4 3 3
⑫公費請求額		0		0
⑬公費分本人負担		0		0

【A3：訪問型サービス（独自／定率）】
 1. 事業費請求額を求める
 ⑩事業費請求額＝
 《《⑦給付単位数×⑨単位数単価》×給付率》
 800 単位×10.35 円＝8,280 円
 8,280 円×85%＝7,038 円
 2. 利用者負担額を求める
 ⑪利用者負担額＝
 《⑦給付単位数×⑨単位数単価》－⑩事業費請求額
 800 単位×10.35 円＝8,280 円
 8,280 円－7,038 円＝1,242 円
 【A5：通所型サービス（みなし）】
 1. 事業費請求額を求める
 ⑩事業費請求額＝
 《《⑦給付単位数×⑨単位数単価》×給付率》
 1,400 単位×10.23 円＝14,322 円
 14,322 円×90%＝12,889.8
 ≒12,889 円
 2. 利用者負担額を求める
 ⑪利用者負担額＝
 《⑦給付単位数×⑨単位数単価》－⑩事業費請求額
 1,400 単位×10.23 円＝14,322 円
 14,322 円－12,889 円＝1,433 円

※《》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

みなしサービスが存在するため、給付率は「90%」と記載する

		給付率 (/100)	
事業	9 0	公費	
合計	1 9 9 2 7	合計	2 6 7 5
	0		0
	0		0

サービス利用票別表の記載例

- ・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「□」「×」にて表記している。
- ・本記載例における、要支援・要介護状態区分等、市町村が定める区分支給限度基準額、単位数、給付率は以下のとおり

要支援・要介護状態区分等：事業対象者

区分支給限度基準額(単位)：10,473単位

□□サービス3 A3XXX3：1回につき200単位、給付率95%

□□サービス4 A3XXX4：1回につき100単位、給付率80%

記載例9-1

事業対象者が訪問型サービス（独自／定率）を受けた場合のサービス利用票別表（全て公費負担、1明細書内の給付率が異なる場合）

サービス利用票別表

費用総額 保険／事業対象分
1～3行目：《区分支給限度分基準内単位数 × 単位数単価》を記載する。
※《》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。

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引後		回数	サービス単位/金額	種類支給限度基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	単位数単価	費用総額 保険/事業対象分	給付率 (%)	保険/事業費請求額	定額利用者負担 単価金額	利用者負担 保険/事業対象分	利用者負担 (全額負担分)
					率%	単位数													
〇〇事業所	90A0100040	□□サービス3	A3XXX3	200			5	1,000				(1,000)	10.35	(10,350)	95	(9,832)			
〇〇事業所	90A0100040	□□サービス4	A3XXX4	100			3	300				(300)	10.35	(3,105)	80	(2,484)			
〇〇事業所	90A0100040	訪問型サービス (独自/定率)合計						(1,300)				1,300	10.35	13,455		12,316		1,139	
				区分支給限度 基準額(単位)	5,003	合計		1,300				1,300		13,455		12,316		1,139	

事業対象者の場合、区分支給限度基準額に目安となる要支援1の額を記載する。但し、計画単位数が要支援1の基準額を超える場合は、要支援2の区分支給限度額以下となる、市町村が定めた区分支給限度額を上限として明細部分の計算、記載を行う。(区分支給限度基準額の記載は、目安となる要支援1の額のままとする。)

保険/事業費請求額
1、2行目：《費用総額保険/事業対象分 × 給付率》を記載する。
3行目：1、2行目の事業費請求額の合計を記載する。
※1、2行目は同一のサービス種類で給付率が異なる為、明細行毎に事業費請求額を計算する。
※《》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。

利用者負担 保険/事業対象分
3行目：費用総額保険/事業対象分 - 保険/事業費請求額を記載する。

仮に、計画単位数が要支援1の額を超え、市町村が定めた区分支給限度額を超えていなかった場合には以下のように記載する。

区分支給限度 基準額(単位)	5,003	合計	5,200	~	区分支給限度 基準内単位数	5,200	~
-------------------	-------	----	-------	---	------------------	-------	---

仮に、計画単位数が要支援1の額も、市町村が定めた区分支給限度額も超えていた場合には以下のように記載する。

区分支給限度 基準額(単位)	5,003	合計	11,000	~	区分支給限度 基準内単位数	10,473	~
-------------------	-------	----	--------	---	------------------	--------	---

公費適用後の利用者負担額については欄外に記載、もしくは給付率を公費分を含む給付率に置換えたものを別途作成する等で記載する。

公費適用後
利用者負担 保険/事業対象分 1,139円 ⇒ 0円

様式第二の三（附則第〇条関係）

12：生活保護（公費給付率 100%）

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・その他の生活支援費）

記載例 9-3

事業対象者が訪問型サービス（独自/定率）を受けた場合の請求明細書（全て公費負担、1明細書内の給付率が異なる場合）

公費負担者番号	1	2	9	0	0	0	0	1
公費受給者番号	0	0	0	0	0	0	0	3

被保険者番号	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2
(7桁)カガ	カゴ ハコ									
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				
	0	5	年	0	6	月	0	6	日	
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	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日

事業番号	0
事業名称	
請求事業者	
所在地	
連絡先	

(参考) 明細情報ごとの事業費請求額を求めると
明細情報ごとの事業費請求額 =
《《サービス単位数 × ⑨単位数単価》 × 給付率》

1行目 □□サービス3 (A3XXX3)
1,000 単位 × 10.35 円 = 10,350 円
10,350 円 × 95% = 9,832.5 円 ≈ 9,832 円

2行目 □□サービス4 (A3XXX4)
300 単位 × 10.35 円 = 3,105 円
3,105 円 × 80% = 2,484 円

※ 《》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

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	9 0 0 0 0 1 0 0 0 1
事業所名称	

開始年月日	平成 2 7 年 0 4 月 0 1 日	中止年月日	平成 年 月 日
-------	----------------------	-------	----------

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
□□サービス3	A 3 X X X 3	2 0 0	5	1 0 0 0	5	1 0 0 0	
□□サービス4	A 3 X X X 4	1 0 0	3	3 0 0	3	3 0 0	

・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「X」にて表記している
・A3XXX3（給付率 95%）及び A3XXX4（給付率 80%）は保険者市町村から認められたサービス

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

保険者独自（定率）サービスの場合、給付率は記載しない
公費の給付率は記載する

①サービス種類コード / ②名称	A 3	訪問型サービス（独自/定率）
③サービス実日数	8	日
④計画単位数	1 3 0 0	
⑤限度額管理対象単位数	1 3 0 0	
⑥限度額管理対象外単位数	0	
⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）+⑥	1 3 0 0	
⑧公費分単位数	1 3 0 0	
⑨単位数単価	1 0 3 5	円/単位
⑩事業費請求額	1 2 3 1 6	
⑪利用者負担額	0	
⑫公費請求額	1 1 3 9	
⑬公費分本人負担	0	

1. 事業費請求額を求めると
⑩事業費請求額 =
明細情報ごとに計算した事業費請求額の合計
9,832 円 + 2,484 円 = 12,316 円

2. 公費請求額を求めると（全て公費負担）
⑫公費請求額 =
《⑦給付単位数 × ⑨単位数単価》 - ⑩事業費請求額
1,300 単位 × 10.35 円 = 13,455 円
13,455 円 - 12,316 円 = 1,139 円

※ 《》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

給付率 (/100)	
事業	
公費	1 0 0
合計	
	1 2 3 1 6
	0
	1 1 3 9
	0

枚中	枚目
----	----

サービス利用票別表の記載例

- ・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「□」「×」にて表記している。
- ・本記載例における、要支援・要介護状態区分等、市町村が定める区分支給限度基準額、単位数、給付率は以下のとおり

要支援・要介護状態区分等：事業対象者

区分支給限度基準額(単位)：10,473単位

□□サービス3 A3XXX3：1回につき200単位、給付率95%

□□サービス4 A3XXX4：1回につき100単位、給付率80%

記載例 10-1

事業対象者が訪問型サービス（独自/定率）を受けた場合のサービス利用票別表（一部公費負担、1明細書内の給付率が異なる場合）

費用総額 保険/事業対象分
1~3行目：《区分支給限度分基準内単位数 × 単位数単価》を記載する。

※《》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。

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引後		回数	サービス単位/金額	種類支給限度基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	単位数	費用総額 保険/事業対象分	給付率 (%)	保険/事業費請求額	定額利用者負担 単価金額	利用者負担 保険/事業対象分	利用者負担 (全額負担分)
					率%	単位数													
〇〇事業所	90A0100040	□□サービス3	A3XXX3	200			5	1,000				(1,000)	10.35	(10,350)	95	(9,832)			
〇〇事業所	90A0100040	□□サービス4	A3XXX4	100			3	300				(300)	10.35	(3,105)	80	(2,484)			
〇〇事業所	90A0100040	訪問型サービス (独自/定率)合計						(1,300)				1,300	10.35	13,455		12,316		1,139	
				区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計		1,300				1,300		13,455		12,316		1,139	

事業対象者の場合、区分支給限度基準額に目安となる要支援1の額を記載する。但し、計画単位数が要支援1の基準額を超える場合は、要支援2の区分支給限度額以下となる、市町村が定めた区分支給限度額を上限として明細部分の計算、記載を行う。(区分支給限度基準額の記載は、目安となる要支援1の額のままとする。)

保険/事業費請求額
1、2行目：《費用総額保険/事業対象分 × 給付率》を記載する。
3行目：1、2行目の事業費請求額の合計を記載する。
※1、2行目は同一のサービス種類で給付率が異なる為、明細行毎に事業費請求額を計算する。
※《》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。

利用者負担 保険/事業対象分
3行目：費用総額保険/事業対象分 - 保険/事業費請求額 を記載する。

仮に、計画単位数が要支援1の額を超え、市町村が定めた区分支給限度額を超えていなかった場合には以下のように記載する。

区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計	5,200	~	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	~
					~	5,200	~

仮に、計画単位数が要支援1の額も、市町村が定めた区分支給限度額も超えていた場合には以下のように記載する。

区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計	11,000	~	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	~
					527	10,473	~

公費適用後の利用者負担額については欄外に記載、もしくは給付率を公費分を含む給付率に直換えたものを別途作成する等で記載する。
公費適用後
利用者負担 保険/事業対象分 1,139円 ⇒ 517円

様式第二の三（附則第〇条関係）

12：生活保護（公費給付率 100%）

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

記載例 10-3

事業対象者が訪問型サービス（独自/定率）
を受けた場合の請求明細（一部公費負担、1
明細書内の給付率が異なる場合）

公費負担者番号	1	2	9	0	0	0	0	1
公費受給者番号	0	0	0	0	0	0	3	

被保険者	(参考)明細情報ごとの事業費請求額を求める 明細情報ごとの事業費請求額＝ 《《サービス単位数×⑨単位数単価》×給付率》 1行目 □□サービス3 (A3XXX3) 1,000 単位×10.35 円＝10,350 円 10,350 円×95%＝9,832.5 円≒9,832 円 2行目 □□サービス4 (A3XXX4) 300 単位×10.35 円＝3,105 円 3,105 円×80%＝2,484 円
	※《》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

(参考)明細情報ごとの公費請求額を求める	0
明細情報ごとの公費請求額＝ 《《公費対象単位数×⑨単位数単価》 ×（公費給付率－給付率）》	0
1行目 □□サービス3 (A3XXX3) 600 単位×10.35 円＝6,210 円 6,210 円×（100%－95%）＝310.5 円≒310 円	
2行目 □□サービス4 (A3XXX4) 100 単位×10.35 円＝1,035 円 1,035 円×（100%－80%）＝207 円	
※《》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	

開始年月日	1	日	中止年月日		年		月		日
-------	---	---	-------	--	---	--	---	--	---

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
□□サービス3	A 3 X X X 3	2 0 0	5	1 0 0 0	3	6 0 0	
□□サービス4	A 3 X X X 4	1 0 0	3	3 0 0	1	1 0 0	

・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「X」にて表記している
 ・A3XXX3(給付率 95%)及び A3XXX4(給付率 80%)は保険者市町村から認められたサービス

サービス内容	サービスコード	単位数

①サービス種類コード / ②名称	A 3	訪問型サービス (独自/定率)
③サービス実日数	8	日
④計画単位数	1 3 0 0	
⑤限度額管理対象単位数	1 3 0 0	
⑥限度額管理対象外単位数		0
⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥	1 3 0 0	
⑧公費分単位数		7 0 0
⑨単位数単価	1 0 3 5	円/単位
⑩事業費請求額	1 2 3 1 6	
⑪利用者負担額	6 2 2	
⑫公費請求額	5 1 7	
⑬公費分本人負担		0

1. 事業費請求額を求める
 ⑩事業費請求額＝
 明細情報ごとに計算した利用者負担額の合計
 9,832 円 + 2,484 円 = 12,316 円

2. 公費請求額を求める（一部公費負担）
 ⑫公費請求額＝
 明細情報ごとに計算した公費請求額の合計
 310 円 + 207 円 = 517 円

3. 利用者負担額を求める
 ⑪利用者負担額＝
 《⑦給付単位数×⑨単位数単価》
 －⑩事業費請求額－⑫公費請求額
 1,300 単位×10.35 円＝13,455 円
 13,455 円－12,316 円－517 円＝622 円

※《》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

保険者独自（定率）サービスの場
合、給付率は記載
しない
公費の給付率は
記載する

給付率 (/100)	
事業	
公費	1 0 0
合計	
1 2 3 1 6	
6 2 2	
5 1 7	
0	

枚中	枚目
----	----

サービス利用票別表の記載例

- ・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「◇」「X」にて表記している。
- ・本記載例における、要支援・要介護状態区分等、市町村が定める区分支給限度基準額、単位数、利用者負担額は以下のとおり

要支援・要介護状態区分等：事業対象者

区分支給限度基準額(単位)：10,473単位

◇◇サービス1 A4XXX1：1回につき400単位、1回あたりの利用者負担額414円

◇◇サービス2 A4XXX2：1回につき1000単位、1回あたりの利用者負担額777円

記載例 1 1 - 1

事業対象者が訪問型サービス（独自／定額）を受けた場合のサービス利用票別表（全て公費負担の場合）

保険者独自(定額)の場合、給付率は記載しない。

保険者独自(定額)の場合、1回あたりの利用者負担額を定額利用者負担単価金額欄に記載する。

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引後		回数	サービス単位/金額	種類支給限度基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	単位数	費用総額 保険/事業対象分	給付率 (%)	保険/事業費請求額	定額利用者負担 単価金額	利用者負担 保険/事業対象分	利用者負担 (金額負担分)
					率%	単位数													
〇〇事業所	90A0100040	◇◇サービス1	A4XXX1	400			5	2,000										414	(2,070)
〇〇事業所	90A0100040	◇◇サービス2	A4XXX2	1,000			3	3,000										777	(2,331)
〇〇事業所	90A0100040	訪問型サービス (独自/定額)合計						(5,000)					5,000	10.35	51,750	47,349		4,401	
				区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計		5,000					5,000		51,750	47,349		4,401	

保険/事業費 請求額
3行目：費用総額保険/事業対象分 - 利用者負担 保険/事業対象分 を記載する。

事業対象者の場合、区分支給限度基準額に目安となる要支援1の額を記載する。但し、計画単位数が要支援1の基準額を超える場合は、要支援2の区分支給限度額以下となる、市町村が定めた区分支給限度額を上限として明細部分の計算、記載を行う。(区分支給限度基準額の記載は、目安となる要支援1の額のままとする。)

利用者負担 保険/事業対象分
1、2行目：定額利用者負担単価金額 × 回数 を記載する。
3行目：1、2行目の利用者負担の合計を記載する。

仮に、計画単位数が要支援1の額を超え、市町村が定めた区分支給限度額を超えていなかった場合には以下のように記載する。

区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計	5,200	~	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	~
					~	5,200	~

仮に、計画単位数が要支援1の額も、市町村が定めた区分支給限度額も超えていた場合には以下のように記載する。

区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計	11,000	~	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	~
					527	10,473	~

公費適用後の利用者負担額については欄外に記載、もしくは給付率を公費分を含む給付率に置換えたものを別途作成する等で記載する。

公費適用後
利用者負担 保険/事業対象分 4,401円 ⇒ 0円

様式第二の三 (附則第〇条関係)

記載例 1 1 - 3

事業対象者が訪問型サービス (独自/定額) を受けた場合の請求明細書 (全て公費負担の場合)

12:生活保護(公費給付率 100%)

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

公費負担者番号	1	2	9	0	0	0	0	1
公費受給者番号	0	0	0	0	0	0	0	3

平成	2	7	年	0	4	月分
保険者番号	9	0	1	0	1	0

被保険者番号	0	0	0	0	0	2	2	2	2	
(フリガナ)	カゴ ハコ									
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				
	0	5	年	0	6	月	0	6	日	
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	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日

事業所番号	9	0	A	0	1	0	0	0	4	0
事業所名称	〇〇事業所									

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	9	0	0	0	0	1	0	0	0	1

開始年月日	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日
中止年月日	年	月	日							

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								
◇◇サービス1	A 4 X X X X 1	4	0	0	5	2	0	0	0	5	2	0	0	0	
◇◇サービス2	A 4 X X X X 2	1	0	0	0	3	3	0	0	0	3	3	0	0	0

・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「X」にて表記している
 ・A4XXX1(利用者負担額 414 円)及び A4XXX2(利用者負担額 777 円)は保険者市町村から認められたサービス

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

保険者独自(定額)サービスの場合、給付率は記載しない
公費の給付率は記載する

①サービス種類コード/②名称	A 4	訪問型サービス(独自/定額)		
③サービス実日数	8	日		
④計画単位数	5	0	0	0
⑤限度額管理対象単位数	5	0	0	0
⑥限度額管理対象外単位数				0
⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥	5	0	0	0
⑧公費分単位数	5	0	0	0
⑨単位数単価	1	0	3	5 円/単位
⑩事業費請求額	4	7	3	4 9
⑪利用者負担額				0
⑫公費請求額	4	4	0	1
⑬公費分本人負担				0

1. 公費請求額を求める (全て公費負担)
 ⑫公費請求額 = 明細情報ごとに計算した公費請求額の合計
 2,070 円 + 2,331 円 = 4,401 円

2. 事業費請求額を求める
 ⑩事業費請求額 = 《⑦給付単位数 × ⑨単位数単価》 - ⑫公費請求額
 5,000 単位 × 10.35 円 = 51,750 円
 51,750 円 - 4,401 円 = 47,349 円

※保険者独自(定額)サービスの場合、公費請求額から先に計算する
 ※《》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

給付率 (/100)	
事業	
公費	1 0 0
合計	4 7 3 4 9
	0
	4 4 0 1
	0

枚中	枚目
----	----

サービス利用票別表の記載例

- サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「◇」「X」にて表記している。
- 本記載例における、要支援・要介護状態区分等、市町村が定める区分支給限度基準額、単位数、利用者負担額は以下のとおり

要支援・要介護状態区分等：事業対象者

区分支給限度基準額(単位)：10,473単位

◇◇サービス1 A4XXX3：1回につき400単位、1回あたりの利用者負担額414円

◇◇サービス2 A4XXX4：1回につき1000単位、1回あたりの利用者負担額777円

記載例12-1

事業対象者が訪問型サービス(独自/定額)を受けた場合のサービス利用票別表(一部公費負担の場合)

保険者独自(定額)の場合、給付率は記載しない。

保険者独自(定額)の場合、1回あたりの利用者負担額を定額利用者負担単価金額欄に記載する。

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引後		回数	サービス単位/金額	種類支給限度基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	単位数	費用総額 保険/事業対象分	給付率 (%)	保険/事業費請求額	定額利用者負担 単価金額	利用者負担 保険/事業対象分	利用者負担 (金額負担分)
					率%	単位数													
〇〇事業所	90A0100050	◇◇サービス3	A4XXX3	400			5	2,000										414	(2,070)
〇〇事業所	90A0100050	◇◇サービス4	A4XXX4	1,000			3	3,000										777	(2,331)
〇〇事業所	90A0100050	訪問型サービス (独自/定額)合計						(5,000)					5,000	10.35	51,750	47,349		4,401	
				区分支給限度 基準額(単位)	5,003	合計		5,000					5,000		51,750	47,349		4,401	

保険/事業費 請求額
3行目：費用総額保険/事業対象分 - 利用者負担 保険/事業対象分 を記載する。

事業対象者の場合、区分支給限度基準額に目安となる要支援1の額を記載する。但し、計画単位数が要支援1の基準額を超える場合は、要支援2の区分支給限度額以下となる、市町村が定めた区分支給限度額を上限として明細部分の計算、記載を行う。(区分支給限度基準額の記載は、目安となる要支援1の額のままとする。)

利用者負担 保険/事業対象分
1、2行目：定額利用者負担単価金額 × 回数を記載する。
3行目：1、2行目の利用者負担の合計を記載する。

仮に、計画単位数が要支援1の額を超え、市町村が定めた区分支給限度額を超えていなかった場合には以下のように記載する。

区分支給限度 基準額(単位)	5,003	合計	5,200	~	区分支給限度 基準内単位数	5,200	~
-------------------	-------	----	-------	---	------------------	-------	---

仮に、計画単位数が要支援1の額も、市町村が定めた区分支給限度額も超えていた場合には以下のように記載する。

区分支給限度 基準額(単位)	5,003	合計	11,000	~	区分支給限度 基準内単位数	527	10,473	~
-------------------	-------	----	--------	---	------------------	-----	--------	---

公費適用後の利用者負担額については欄外に記載、もしくは給付率を公費分を含む給付率に置換えたものを別途作成する等で記載する。

公費適用後
利用者負担 保険/事業対象分 4,401円 ⇒ 2,019円

様式第二の三 (附則第〇条関係)

12：生活保護(公費給付率 100%)

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)

記載例 1 2-3
事業対象者が訪問型サービス(独自/定額)を受けた場合の請求明細書(一部公費負担の場合)

公費負担者番号	1	2	9	0	0	0	0	1
公費受給者番号	0	0	0	0	0	0	3	

平成	2	7	年	0	4	月分
保険者番号	9	0	1	0	1	0

被保険者番号	0	0	0	0	0	2	2	2	2
(フリガナ)	カゴ ハコ								
氏名	介護 花子								
生年月日									
要支援状態区分									
認定有効期間	1 行目 ◇◇サービス 3 (A4XXX3) 414 円 × (5 回 - 3 回) = 828 円								
介護予防サービス計画	2 行目 ◇◇サービス 4 (A4XXX4) 777 円 × (3 回 - 1 回) = 1,554 円								

事業所番号	9	0	7	0	1	0	0	0	5	0
事業所名称	〇〇事業所									
請求										
行										
行										
行										
中止年月日										

(参考)明細情報ごとの利用者負担額を求める
明細情報ごとの利用者負担額=
1 回あたりの利用者負担額 × (回数 - 公費分回数)

1 行目 ◇◇サービス 3 (A4XXX3)
414 円 × (5 回 - 3 回) = 828 円

2 行目 ◇◇サービス 4 (A4XXX4)
777 円 × (3 回 - 1 回) = 1,554 円

(参考)明細情報ごとの公費請求額を求める
明細情報ごとの公費請求額=
1 回あたりの利用者負担額 × 公費分回数

1 行目 ◇◇サービス 3 (A4XXX3)
414 円 × 3 回 = 1,242 円

2 行目 ◇◇サービス 4 (A4XXX4)
777 円 × 1 回 = 777 円

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
◇◇サービス 3	A 4 X X X 3	4 0 0	5	2 0 0 0	3	1 2 0 0	
◇◇サービス 4	A 4 X X X 4	1 0 0 0	3	3 0 0 0	1	1 0 0 0	

・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「X」にて表記している
・A4XXX3(利用者負担額 414 円)及び A4XXX4(利用者負担額 777 円)は保険者市町村から認められたサービス

サービス内容	サービスコード	単位数

①サービス種類コード / ②名称	A 4	
③サービス実日数	8	日
④計画単位数	5 0 0 0	
⑤限度額管理対象単位数	5 0 0 0	
⑥限度額管理対象外単位数		0
⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥	5 0 0 0	
⑧公費分単位数	2 2 0 0	
⑨単位数単価	1 0 3 5	円/単位
⑩事業費請求額	4 7 3 4 9	
⑪利用者負担額	2 3 8 2	
⑫公費請求額	2 0 1 9	
⑬公費分本人負担		0

1. 利用者負担額を求める
⑪利用者負担額=
明細情報ごとに計算した利用者負担額の合計
828 円 + 1,554 円 = 2,382 円

2. 公費請求額を求める (一部公費負担)
⑫公費請求額=
明細情報ごとに計算した公費請求額の合計
1,242 円 + 777 円 = 2,019 円

3. 事業費請求額を求める
⑩事業費請求額=
《⑦給付単位数 × ⑨単位数単価》
- ⑪利用者負担額 - ⑫公費請求額
5,000 単位 × 10.35 円 = 51,750 円
51,750 円 - 2,382 円 - 2,019 円 = 47,349 円

※保険者独自(定額)サービスの場合、公費請求額から先に計算する
※《》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

保険者独自(定額)サービスの場合、給付率は記載しない
公費の給付率は記載する

給付率 (/100)	
事業	
公費	1 0 0
単位	合計
	4 7 3 4 9
	2 3 8 2
	2 0 1 9
	0

枚中	枚目
----	----

様式第二の三 (附則第〇条関係)

12: 生活保護(公費給付率 100%)

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)

記載例 13-3

要支援者が訪問型サービス(独自/定率)を受けた場合の請求明細書
(生保単独受給者、1明細書内の給付率が異なる場合)

公費負担者番号	1	2	9	0	0	0	0	1
公費受給者番号	0	0	0	0	0	0	3	

平成	
保険者番号	9 0 1 0 1 0

被保険者番号	H	0	0	0	0	0	3	3	3	3	
生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和			3 0 年 0 6 月 0 6 日		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	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成			年			月			日	まで

事業所番号	9	0	A	0	1	0	0	0	4	0
事業所名称	〇〇事業所									
所在地	〒999-9999 〇〇県〇〇市△△町2-2-2									
連絡先	電話番号 099-333-3333									

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	9	0	0	0	0	1	0	0	0	1
事業所名称	●●地域包括支援センター									

開始年月日	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日
中止年月日	平成			年			月			日

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
〇〇サービス3	A3 X X X 3	200	5	1000	5	1000	
〇〇サービス4	A3 X X X 4	100	3	300	3	300	

・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「X」にて表記している
・A3XXX3(給付率95%)及びA3XXX4(給付率80%)は保険者市町村から認められたサービス

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

保険者独自(定率)サービスの場合、給付率は記載しない
公費の給付率は記載する

①サービス種類コード/②名称	A 3	訪問型サービス(独自/定率)						
③サービス実日数	8	日						
④計画単位数	1300							
⑤限度額管理対象単位数	1300							
⑥限度額管理対象外単位数	0							
⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥	1300							
⑧公費分単位数	1300							
⑨単位数単価	1035	円/単位						
⑩事業費請求額			0					
⑪利用者負担額			0					
⑫公費請求額	13455		5					
⑬公費分本人負担			0					

1. 公費請求額を求める(生保単独受給者)

⑫公費請求額=

《⑧公費分単位数×⑨単位数単価》

1,300単位×10.35円=13,455円

※《》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

給付率(/100)

事業	
公費	100
合計	

サービス利用票別表の記載例

- ・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「◇」「X」にて表記している。
 - ・本記載例における、要支援・要介護状態区分等、市町村が定める区分支給限度基準額、単位数、利用者負担額は以下のとおり
- 要支援・要介護状態区分等：要支援2
 区分支給限度基準額(単位)：10,473単位
- ◇◇サービス1 A4XXX1：1回につき400単位、1回あたりの利用者負担額414円
 ◇◇サービス2 A4XXX2：1回につき1000単位、1回あたりの利用者負担額777円

記載例 1 4 - 1

要支援者が訪問型サービス(独自/定額)を受けた場合のサービス利用票別表(生保単独受給者の場合)

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引後		回数	サービス単位/金額	種類支給限度基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	単位数単価	費用総額 保険/事業対象分	給付率 (%)	保険/事業費 請求額	定額利用者負担 単価金額	利用者負担 保険/事業対象分	利用者負担 (全額負担分)
					率%	単位数													
〇〇事業所	90A0100040	◇◇サービス1	A4XXX1	400			5	2,000										414	
〇〇事業所	90A0100040	◇◇サービス2	A4XXX2	1,000			3	3,000										777	
〇〇事業所	90A0100040	訪問型サービス (独自/定額)合計						(5,000)				5,000	10.35	51,750		0		51,750	
				区分支給限度 基準額(単位)	10,473		合計	5,000				5,000		51,750		0		51,750	

保険者独自(定額)の場合、給付率は記載しない。

保険者独自(定額)の場合、1回あたりの利用者負担額を定額利用者負担単価金額欄に記載する。

保険/事業費 請求額
3行目: 全額、公費/事業対象分が負担する場合、0を記載する。

利用者負担 保険/事業対象分
3行目: 区分支給限度基準内単位数 × 単位数単価 を記載する。

要支援2の区分支給限度額を記載。

種類別支給限度管理

サービス種類	種類支給限度 基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準 を超える単位数	サービス種類	種類支給限度 基準額(単位)	合計単位数	種類支給限度基準 を超える単位数
				合計			

公費適用後の利用者負担額については欄外に記載、もしくは給付率を公費分を含む給付率に置換えたものを別途作成する等で記載する。

公費適用後
利用者負担 保険/事業対象分 51,750円 ⇒ 0円

要介護認定期間中の短期入所利用日数

前月までの利用日数	当月の計画利用日数	累計利用日数

様式第二の三 (附則第〇条関係)

記載例 1 4-3

要支援者が訪問型サービス(独自/定額)を受けた場合の請求明細書(生保単独受給者の場合)

12:生活保護(公費給付率100%)

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

公費負担者番号	1	2	9	0	0	0	0	1
公費受給者番号	0	0	0	0	0	0	0	3

平成	2	7	年	0	4	月	分
保険者番号	9	0	1	0	1	0	

被保険者番号	H	0	0	0	0	0	3	3	3	3	
被保険者	H:生保単独受給者										
生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和			30年06月06日		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	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成			年			月			日	まで

事業所番号	9	0	A	0	1	0	0	0	4	0
事業所名称	〇〇事業所									
所在地	〒999-9999 〇〇県〇〇市△△町2-2-2									
連絡先	電話番号 099-333-3333									

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	9 0 0 0 0 1 0 0 0 1
事業所名称	●●地域包括支援センター

開始年月日	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	中止年月日	平成			年			月			日
-------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

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
◇◇サービス1	A 4 X X X 1	4 0 0	5	2 0 0 0	5	2 0 0 0	
◇◇サービス2	A 4 X X X 2	1 0 0 0	3	3 0 0 0	3	3 0 0 0	

・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「X」にて表記している
 ・A4XXX1(利用者負担額414円)及びA4XXX2(利用者負担額777円)は保険者市町村から認められたサービス

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

保険者独自(定額)サービスの場合、給付率は記載しない
公費の給付率は記載する

①サービス種類コード/②名称	A 4	訪問型サービス(独自/定額)	訪問型サービス(独自/定額)				
③サービス実日数	8	日					
④計画単位数	5	0	0	0			
⑤限度額管理対象単位数	5	0	0	0			
⑥限度額管理対象外単位数				0			
⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥	5	0	0	0			
⑧公費分単位数	5	0	0	0			
⑨単位数単価	1	0	3	5	円/単位		
⑩事業費請求額				0			
⑪利用者負担額				0			
⑫公費請求額	5	1	7	5	0		
⑬公費分本人負担				0			

1. 公費請求額を求める(生保単独受給者)
 ⑫公費請求額 = ⑧公費分単位数 × ⑨単位数単価
 5,000 単位 × 10.35 円 = 51,750 円
 ※《》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

事業				
公費	1	0	0	
合計				

サービス利用票別表の記載例

- サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「□」「×」にて表記している。
- 本記載例における、要支援・要介護状態区分等、市町村が定める区分支給限度基準額、単位数、給付率は以下のとおり

要支援・要介護状態区分等：事業対象者

区分支給限度基準額(単位)：10,473単位

□□サービス3 A3XXX3：1回につき200単位、給付率95%

□□サービス4 A3XXX4：1回につき100単位、給付率80%

記載例 15-1

事業対象者が訪問型サービス(独自/定率)を受けた場合のサービス利用票別表(全て公費負担、1明細書内の給付率が異なる場合、限度額オーバー)

費用総額 保険/事業対象分
1~3行目：《区分支給限度分基準内単位数 × 単位数単価》を記載する。

※《》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。

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割引後		回数	サービス単位/金額	種類支給限度基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	単位数	費用総額 保険/事業対象分	給付率 (%)	保険/事業費請求額	定額利用者負担 単価金額	利用者負担 保険/事業対象分	利用者負担 (全額負担分)
					率%	単位数													
〇〇事業所	90A0100040	□□サービス3	A3XXX3	200			5	1,000				(1,000)	10.35	(10,350)	95	(9,832)			
〇〇事業所	90A0100040	□□サービス4	A3XXX4	100			3	300			(200)	(100)	10.35	(1,035)	80	(828)			
〇〇事業所	90A0100040	訪問型サービス (独自/定率)合計						(1,300)			200	1,100	10.35	11,385		10,660		725	2,070
				区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計		1,300			200	1,100		11,385		10,660		725	2,070

区分支給限度基準を超える単位数
利用者負担額を考慮し給付率が低い2行目のサービス(A3XXX4)で超過した単位数の調整を行った例を示す。

保険/事業費請求額
1、2行目：《費用総額保険/事業対象分 × 給付率》を記載する。
3行目：1、2行目の事業費請求額の合計を記載する。
※1、2行目は同一のサービス種類で給付率が異なる為、明細行毎に事業費請求額を計算する。
※《》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。

事業対象者の場合、区分支給限度基準額に目安となる要支援1の額を記載する。
但し、計画単位数が要支援1の基準額を超える場合は、要支援2の区分支給限度額以下となる、市町村が定めた区分支給限度額を上限として明細部分の計算、記載を行う。
(区分支給限度基準額の記載は、目安となる要支援1の額のままとする。)

利用者負担 保険/事業対象分
3行目：費用総額保険/事業対象分 - 保険/事業費請求額を記載する。

仮に、計画単位数が要支援1の額を超え、市町村が定めた区分支給限度額を超えていなかった場合には以下のように記載する。

区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計	5,200	~	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	~
					~	5,200	~

仮に、計画単位数が要支援1の額も、市町村が定めた区分支給限度額も超えていた場合には以下のように記載する。

区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計	11,000	~	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	~
					527	10,473	~

公費適用後の利用者負担額については欄外に記載、もしくは給付率を公費分を含む給付率に置換えたものを別途作成する等で記載する。

公費適用後
利用者負担 保険/事業対象分 725円 ⇒ 0円

様式第二の三（附則第〇条関係）

12：生活保護（公費給付率 100%）

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）

記載例 15-3

事業対象者が訪問型サービス（独自／定率）を受けた場合の給付管理票（全て公費負担、1明細書内の給付率が異なる場合、限度額オーバー）

公費負担者番号	1	2	9	0	0	0	0	1
公費受給者番号	0	0	0	0	0	0	0	3

平成	2	0	1	0	1	0
保険者番号	9	0	1	0	1	0

被保険者番号	0	0	0	0	0	2	2	2	2
事業所	0	0	0	0	0	0	0	4	0

（参考）明細情報（1行目）の事業費請求額を求め
 明細情報ごとの事業費請求額＝
 《《サービス単位数×⑨単位数単価》×給付率》
 1行目 □□サービス3（A3XXX3）
 1,000単位×10.35円＝10,350円
 10,350円×95%＝9,832.5円≒9,832円
 ※《》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

（参考）2行目のサービス単位数から、超過した200単位を減算した単位数より明細情報ごとの事業費請求額を求め
 《《（サービス単位数－超過分の単位数）×⑨単位数単価》×給付率》
 2行目 □□サービス4（A3XXX4）
 300単位－200単位＝100単位
 100単位×10.35円＝1,035円
 1,035円×80%＝828円
 ※《》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

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
□□サービス3	A3 X X X 3	200	5	1000	5	1000	
□□サービス4	A3 X X X 4	100	3	300	3	300	

・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「X」にて表記している
 ・A3XXX3（給付率95%）及びA3XXX4（給付率80%）は保険者市町村から認められたサービス

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

計画単位数が1,100単位に対して、1,300単位実施し計画単位数を200単位超過している

保険者独自（定率）サービスの場合、給付率は記載しない
 公費の給付率は記載する

①サービス種類コード／②名称	A3	サービス（定率）
③サービス実日数	8	日
④計画単位数	1100	
⑤限度額管理対象単位数	1300	
⑥限度額管理対象外単位数	0	
⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥	1100	
⑧公費分単位数	1100	
⑨単位数単価	1035	円／単位
⑩事業費請求額	10660	
⑪利用者負担額	0	
⑫公費請求額	725	
⑬公費分本人負担	0	

1. 事業費請求額を求め
 ⑩事業費請求額＝
 明細情報ごとに計算した事業費請求額の合計
 9,832円＋828円＝10,660円
 2. 公費請求額を求め（全て公費負担）
 ⑫公費請求額＝
 《⑦給付単位数×⑨単位数単価》－⑩事業費請求額
 1,100単位×10.35円＝11,385円
 11,385円－10,660円＝725円
 ※《》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

給付率（/100）	
事業	
公費	100
合計	10660
	0
	725
	0

枚中	枚目
----	----

サービス利用票別表の記載例

- ・サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「◇」「X」にて表記している。
- ・本記載例における、要支援・要介護状態区分等、市町村が定める区分支給限度基準額、単位数、利用者負担額は以下のとおり

要支援・要介護状態区分等：事業対象者

区分支給限度基準額(単位)：10,473単位

◇◇サービス1 A4XXX1：1回につき400単位、1回あたりの利用者負担額414円

◇◇サービス2 A4XXX2：1回につき1000単位、1回あたりの利用者負担額777円

記載例 16-1

事業対象者が訪問型サービス(独自/定額)を受けた場合のサービス利用票別表(全て公費負担の場合、限度額オーバー)

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

事業所名	事業所番号	サービス内容/種類	サービスコード	単位数	割別後		回数	サービス単位/金額	種類支給限度基準を超える単位数	種類支給限度基準内単位数	区分支給限度基準を超える単位数	区分支給限度基準内単位数	単位数	費用総額 保険/事業対象分	給付率 (%)	保険/事業費請求額	定額利用者負担 単価金額	利用者負担 保険/事業対象分	利用者負担 (金額負担分)
					率%	単位数													
〇〇事業所	90A0100040	◇◇サービス1	A4XXX1	400			5	2,000			(1,000)	(1,000)						414	(1,035)
〇〇事業所	90A0100040	◇◇サービス2	A4XXX2	1,000			3	3,000				(3,000)						777	(2,331)
〇〇事業所	90A0100040	訪問型サービス (独自/定額)合計						(5,000)			1,000	4,000	10.35	41,400		38,034		3,366	10,350
				区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計		5,000			1,000	4,000		41,400		38,034		3,366	10,350

区分支給限度基準内単位数
利用者負担額を考慮し1単位あたりの利用者負担額が高い1行目のサービス(A4XXX1)で超過した単位数の調整を行った例を示す。
(参考)1単位あたりの利用者負担額
1行目： $\left(\frac{1\text{回目の利用者負担額}}{1\text{回あたりの単位数}}\right) \left(\frac{414\text{円}}{400\text{単位}}\right) = 1.035$
2行目： $\left(\frac{1\text{回目の利用者負担額}}{1\text{回あたりの単位数}}\right) \left(\frac{777\text{円}}{1,000\text{単位}}\right) = 0.777$

利用者負担 保険/事業対象分
1行目:超過した1,000単位を減算した単位数より求めた利用者負担額を記載する。
《 $\left(\frac{1\text{回あたりの利用者負担額}}{1\text{回あたりの単位数}}\right) \times (\text{サービス単位数} - \text{超過分の単位数})$ 》
 $\left(\frac{414\text{円}}{400\text{単位}}\right) \times (2,000\text{単位} - 1,000\text{単位}) = 1,035\text{円}$
2行目:定額利用者負担単価金額×回数を記載する。
※まず1単位あたりの利用者負担額を求め、その値に計画単位数ないの単位数を乗じて計算する。
※《》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。
3行目:1、2行目の利用者負担額の合計を記載する。

事業対象者の場合、区分支給限度基準額に目安となる要支援1の額を記載する。但し、計画単位数が要支援1の基準額を超える場合は、要支援2の区分支給限度額以下となる、市町村が定めた区分支給限度額を上限として明細部分の計算、記載を行う。
(区分支給限度基準額の記載は、目安となる要支援1の額のままとする。)

仮に、計画単位数が要支援1の額を超え、市町村が定めた区分支給限度額を超えていなかった場合には以下のように記載する。

区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計	5,200	~	区分支給限度基準 を超える単位数	区分支給限度 基準内単位数	~
					~	~	
						5,200	~

仮に、計画単位数が要支援1の額も、市町村が定めた区分支給限度額も超えていた場合には以下のように記載する。

区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計	11,000	~	区分支給限度基準 を超える単位数	区分支給限度 基準内単位数	~
					~	~	
					527	10,473	~

公費適用後の利用者負担額については欄外に記載、もしくは給付率を公費分を含む給付率に置換えたものを別途作成する等で記載する。

公費適用後
利用者負担 保険/事業対象分 3,366円 ⇒ 0円

