

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

記載例 27

二割負担対象者が介護サービスを受けた場合の請求明細書

(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(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)・地域密着型通所介護)

公費負担者番号		平成	2	7	年	0	8	月	分
公費受給者番号		保険者番号	9	0	2	0	2	0	
被保険者番号	0 0 0 0 0 0 1 1 1 1	事業所番号	9	0	7	0	0	0	0
(フリガナ) 氏名	介護 三郎	事業所名称	〇〇事業所						
生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 0 5 年 0 5 月 0 5 日	所在地	〒999-9999 〇〇県〇〇市△△町5-5-5						
要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5	連絡先	電話番号 099-555-5555						
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								

介護三郎さんは、8月1日に二割負担対象者と判定された

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	9 0 7 0 0 0 0 2 2 0	事業所名称	〇〇居宅介護支援事業所
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		

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 1 1 1 1	2 5 5	1 2	3 0 6 0			
身体介護1・夜	1 1 1 1 1 2	3 1 9	4	1 2 7 6			

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	1 1 訪問介護							
③サービス実日数	1 6 日							
④計画単位数	4 3 3 6							
⑤限度額管理対象単位数	4 3 3 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	4 3 3 6							
⑧公費分単位数	0							
⑨単位数単価	1 0 2 1 円/単位							
⑩保険請求額	3 5 4 1 6							
⑪利用者負担額	8 8 5 4							
⑫公費請求額	0							
⑬公費分本人負担	0							

二割負担対象者の場合、給付率は「80」とする

給付率 80%で計算した値を記載する

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

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)

記載例 2 8

二割負担対象者が出来高サービスを受けた場合の請求

公費負担者番号										平成		2	7	年	0	8	月	分	
公費受給者番号										保険者番号		9	0	2	0	2	0		
被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 2 2 2 2								事業所番号	9 0 7 0 0 0 0 0 3 0								
	(フリガナ)	カゴ ジロウ										△△事業所							
	氏名	介護 二郎										〒999-9999 〇〇県〇〇市△△町1-1-1							
	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										連絡先 電話番号 099-333-3333							
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																
入所年月日	平成 2 7 年 0 8 月 2 2 日		退所年月日	平成 年 月 日		入所実日数	1 0		外泊日数	0									
主傷病				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															
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															
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							
	保健施設 I 1		5 2 1 1 1 1		9 8 0	1 0	9 8 0 0												
	合計						9 8 0 0												
所定疾患施設療養費等	所定疾患施設療養費	傷病名	① ② ③		所定疾患施設療養開始年月日		①平成 ②平成 ③平成		年 年 年		月 月 月		日 日 日						
		単位(再掲)	単位	単位×		日													
	緊急時治療管理	傷病名	① ② ③		緊急時治療開始年月日		①平成 ②平成 ③平成		年 年 年		月 月 月		日 日 日						
		単位(再掲)	単位	単位×		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	〇〇病																	
	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											
	0 5	初期入所診療管理	2 5 0	1	2 5 0														
	合計						2 5 0												
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点数・単位数合計	9 8 0 0				2 5 0													
	②点数・単位数単価	1 0	1 4 円/単位			10 円/点・単位		10 円/点・単位											
	③給付率	8 0 /100				8 0 /100		/100											
	④請求額(円)	7 9 4 9 7				2 0 0 0													
⑤利用者負担額(円)	1 9 8 7 5				5 0 0														
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	費用額(円)		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										

介護二郎さんは、8月1日に二割負担対象者と判定された

二割負担対象者の場合、給付率は「80」とする

二割負担対象者が出来高サービスを受けた場合、二割負担対象者用の給付率(80%)で請求する

二割負担対象者が給付制限となった  
場合の請求

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(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)・地域密着型通所介護)

公費負担者番号		平成	2	7	年	0	9	月	分		
公費受給者番号		保険者番号	9	0	2	0	2	0			
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 サブロウ									
	氏名	介護 三郎									
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和		性別					
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5									
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
事業所番号	9 0 7 0 0 0 0 0 2 0										
事業所名称	〇〇事業所										
連絡先	電話番号 099-555-555										

介護三郎さんは、8月1日に二割負担対象者と判定されたが、保険料を滞納していたため、給付制限となった

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	9 0 7 0 0 0 0 2 2 0	事業所名称	〇〇居宅介護支援事業所											
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
		身体介護 1	1 1 1 1 1 1	2 5 5	1 2	3 0 6 0		
	身体介護 1・夜	1 1 1 1 1 2	3 1 9	4	1 2 7 6			

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	1 1 訪問介護
	③サービス実日数	1 6 日
	④計画単位数	4 3 3 6
	⑤限度額管理対象単位数	4 3 3 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	4 3 3 6
	⑧公費分単位数	0
	⑨単位数単価	1 0 2 1 円/単位
	⑩保険請求額	3 0 9 8 9
	⑪利用者負担額	1 3 2 8 1
	⑫公費請求額	0
	⑬公費分本人負担	0

二割負担対象者であり、給付制限となった場合、給付率は「70」とする

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

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

二割負担対象者が減免の対象者となった場合の請求

(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(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)・地域密着型通所介護)

公費負担者番号		平成	2	7	年	1	0	月分																					
公費受給者番号		保険者番号	9	0	2	0	2	0																					
被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	事業所番号	9	0	7	0	0	0	0	2	0								
	(7桁)氏名	介護 三郎										〇〇事業所																	
	生年月日	1.明治			2.大正			3.昭和			性別	〇〇県〇〇市△△町 5-5-5																	
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5																											
	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	連絡先	電話番号 099-555-555				

介護三郎さんは、8月に二割負担対象者と判定されたが、罹災し減免対象(100%給付)となった

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	9 0 7 0 0 0 0 2 2 0	事業所名称	〇〇居宅介護支援事業所											
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
		身体介護 1	1 1 1 1 1 1	2 5 5	1 2	3 0 6 0		
	身体介護 1・夜	1 1 1 1 1 2	3 1 9	4	1 2 7 6			

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

二割負担対象者であり、減免対象者となった場合、給付率は「100」とする  
※減免給付率は 81~100%の間で保険者が設定する

請求額集計欄	①サービス種類コード / ②名称	1 1 訪問介護
	③サービス実日数	1 6 日
	④計画単位数	4 3 3 6
	⑤限度額管理対象単位数	4 3 3 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	4 3 3 6
	⑧公費分単位数	0
	⑨単位数単価	1 0 2 1 円/単位
	⑩保険請求額	4 4 2 7 0
	⑪利用者負担額	0
	⑫公費請求額	0
	⑬公費分本人負担	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

様式第二の三 (附則第〇条関係)

記載例 3 1  
二割負担対象者がみなしサービスを受けた場合の請求

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		平成	2	7	年	0	8	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	事業所	9 0 7 0 1 0 0 0 1 0	
	(フリガナ)	カゴ ナツコ	〇〇事業所	〒 9 9 9 - 9 9 9 9	
	氏名	介護 夏子		〇〇県〇〇市△△町 1-1-1	
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 0 5 年 0 7 月 0 7 日	性別	1. 男 2. 女	所在地
	要支援状態区分等	事業対象者 (要支援1)・要支援2		求業者	連絡先
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	所在地	電話番号 099-222-2222		

介護夏子さんは、8月1日に二割負担対象者と判定された

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	年	月	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			

以下の総合事業サービスについては、二割負担が適用される

- ・A1：訪問型サービス (みなし)
- ・A2：訪問型サービス (独自)
- ・A5：通所型サービス (みなし)
- ・A6：通所型サービス (独自)

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	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					給付率 (/100)
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥	1 4 2 6						事業 8 0
	⑧公費分単位数		0					公費
	⑨単位数単価	1 0 2 1 円/単位						合計
	⑩事業費請求額	1 1 6 4 7						1 1 6 4 7
	⑪利用者負担額	2 9 1 2						2 9 1 2
	⑫公費請求額		0					0
	⑬公費分本人負担		0					0

二割負担対象者の場合、給付率は「80」とする

みなしサービス及び保険者独自サービスについては、二割負担対象者の場合、介護同様に利用者負担が2割となるよう請求する

様式第二の三 (附則第〇条関係)

記載例 3 2  
二割負担対象者が保険者独自(定率)サービス、保険者独自(定額)サービスを受けた場合の請求

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		平成	2	7	年	0	8	月	分
公費受給者番号		保険者番号	9	0	1	0	1	0	

被保険者番号	0 0 0 0 0 0 1 0 1 0	事業所番号	9 0 A 0 1 0 0 0 1 0
(フリガナ) 氏名	カゴ サツコ 介護 夏子	事業所所在地	〇〇事業所 〒999-9999 〇〇県〇〇市△△町1-1-1
生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 0 5 年 0 7 月 0 7 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	事業者	
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	連絡	

介護夏子さんは、8月1日に二割負担対象者と判定された

(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(高所得)(A3□□□□)  
1,000単位×10.21円=10,210円  
10,210円×85%=8,678.5  
≒8,678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	年	月	日	中止年月
-------	----	---	---	---	------

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(高所得)	A 3 □ □ □ □	2 0 0	5	1 0 0 0
◇◇サービス1(高所得)	A 4 ◇ ◇ ◇ ◇	4 0 0	5	2 0 0 0

保険者が所得段階ごとにサービスコードを設定したい場合、二割負担対象者は所得段階に応じたサービスコードを使用する  
(通常受給者用)  
□□サービス1 単位数: 200単位 給付率: 95%  
◇◇サービス1 単位数: 400単位 利用者負担額: 207円  
(高所得者用)  
□□サービス1(高所得) 単位数: 200単位 給付率: 85%  
◇◇サービス1(高所得) 単位数: 400単位 利用者負担額: 414円

(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(高所得)(A4◇◇◇◇)  
414円×5回=2,070円

費分目数	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	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	5 日	5 日				
	④計画単位数	1 0 0 0	2 0 0 0				
	⑤限度額管理対象単位数	1 0 0 0	2 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	1 0 0 0	2 0 0 0				
	⑧公費分単位数		0				
	⑨単位数単価	1 0 2 1 円/単位	1 0 2 1 円/単位				
	⑩事業費請求額	8 6 7 8	1 8 3 5 0				
	⑪利用者負担額	1 5 3 2	2 0 7 0				
	⑫公費請求額		0				
	⑬公費分本人負担		0				
							事業
						公費	
						合計	
							2 7 0 2 8
							3 6 0 2
							0
							0

二割負担対象者の場合も、保険者独自(定率)サービス、保険者独自(定額)サービスについては、給付率は記載しない

保険者独自(定率)サービス、保険者独自(定額)サービスについては、所得段階に応じたサービスコードを使用して請求する