

介護予防・日常生活支援 総合事業の事業者説明会

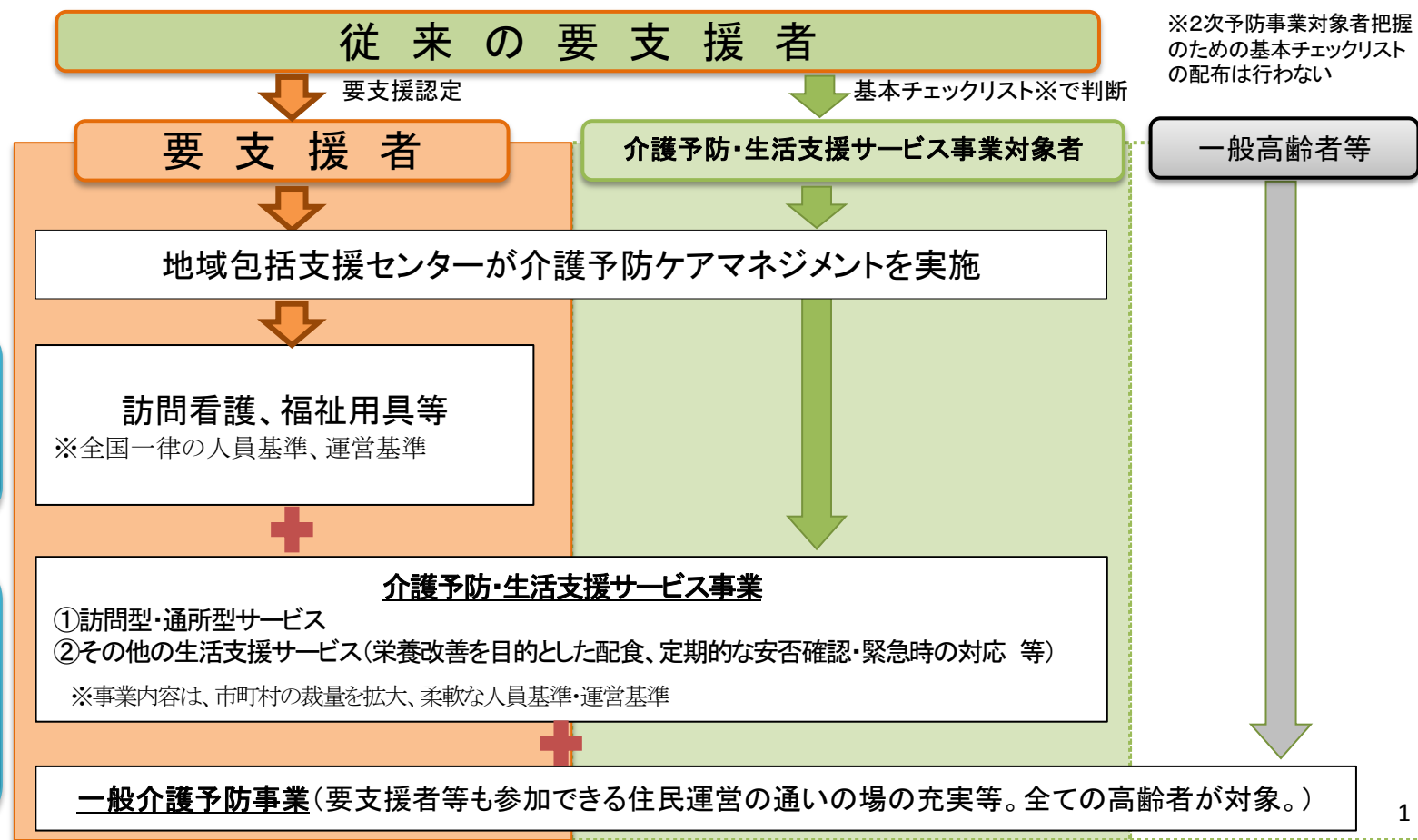
平成28年2月22日

徳島県国民健康保険団体連合会

介護予防・日常生活支援総合事業の概要

- 訪問介護・通所介護以外のサービス（訪問看護、福祉用具等）は、引き続き介護予防給付によるサービス提供を継続。
- 地域包括支援センターによる介護予防ケアマネジメントに基づき、総合事業（介護予防・生活支援サービス事業及び一般介護予防事業）のサービスと介護予防給付のサービス（要支援者のみ）を組み合わせる。
- 介護予防・生活支援サービス事業によるサービスのみ利用する場合は、要介護認定等を省略して「介護予防・生活支援サービス事業対象者」とし、迅速なサービス利用を可能に（基本チェックリストで判断）。

※ 第2号被保険者は、基本チェックリストではなく、要介護認定等申請を行う。



総合事業を構成する各事業の内容及び対象者

(1) 介護予防・生活支援サービス事業(サービス事業)

○ 対象者は、制度改正前の要支援者に相当する者。

- ① 要支援認定を受けた者
- ② 基本チェックリスト該当者(事業対象者)

事業	内容
訪問型サービス	要支援者等に対し、掃除、洗濯等の日常生活上の支援を提供
通所型サービス	要支援者等に対し、機能訓練や集いの場など日常生活上の支援を提供
その他の生活支援サービス	要支援者等に対し、栄養改善を目的とした配食や一人暮らし高齢者等への見守りを提供
介護予防ケアマネジメント	要支援者等に対し、総合事業によるサービス等が適切に提供できるようケアマネジメント

- ※ 事業対象者は、要支援者に相当する状態等の者を想定。
- ※ 基本チェックリストは、支援が必要だと市町村や地域包括支援センターに相談に来た者に対して、簡便にサービスにつなぐためのもの。
- ※ 予防給付に残る介護予防訪問看護、介護予防福祉用具貸与等を利用する場合は、要支援認定を受ける必要がある。

(2) 一般介護予防事業

○ 対象者は、第1号被保険者の全ての者及びその支援のための活動に関わる者。

事業	内容
介護予防把握事業	収集した情報等の活用により、閉じこもり等の何らかの支援を要する者を把握し、介護予防活動へつなげる
介護予防普及啓発事業	介護予防活動の普及・啓発を行う
地域介護予防活動支援事業	住民主体の介護予防活動の育成・支援を行う
一般介護予防事業評価事業	介護保険事業計画に定める目標値の達成状況等を検証し、一般介護予防事業の評価を行う
地域リハビリテーション活動支援事業	介護予防の取組を機能強化するため、通所、訪問、地域ケア会議、住民主体の通いの場等へのリハビリ専門職等による助言等を実施

総合事業への円滑な移行

- 市町村が条例で定める場合は、総合事業の実施を平成29年4月まで猶予可能。
- 市町村は、できる限り早期から新しい総合事業に取り組む。一方で、受け皿の整備等のため、一定の時間をかけて、総合事業を開始することも選択肢。

※ 総合事業の実施を猶予する場合も、総合事業の実施猶予の趣旨を踏まえ、現在から着実に受け皿の整備を行うよう努めることが適当。

<段階的な実施例>

- ① エリアごとに予防給付を継続【例】広域連合の市町村ごと
- ② 初年度は総合事業によるサービスの利用を希望する者以外は予防給付を継続
- ③ 既に給付によるサービスを利用している者は、初年度は予防給付とし、翌年度当初からすべての者を総合事業に移行

訪問介護、通所介護（予防給付）から訪問型サービス・通所型サービスへの移行（イメージ）

⋯→ : 予防給付
(訪問介護・通所介護)
→ : 新しい総合事業

法改正

保

険

者

数

27'

28'

29'

30'

既にサービスを受けている者については事業移行後も必要に応じて既存サービス相当のサービスを利用可能とする。

新しくサービスを受ける者については多様なサービスの利用を促進
(必要に応じて既存サービス相当のサービスを利用可能とする)

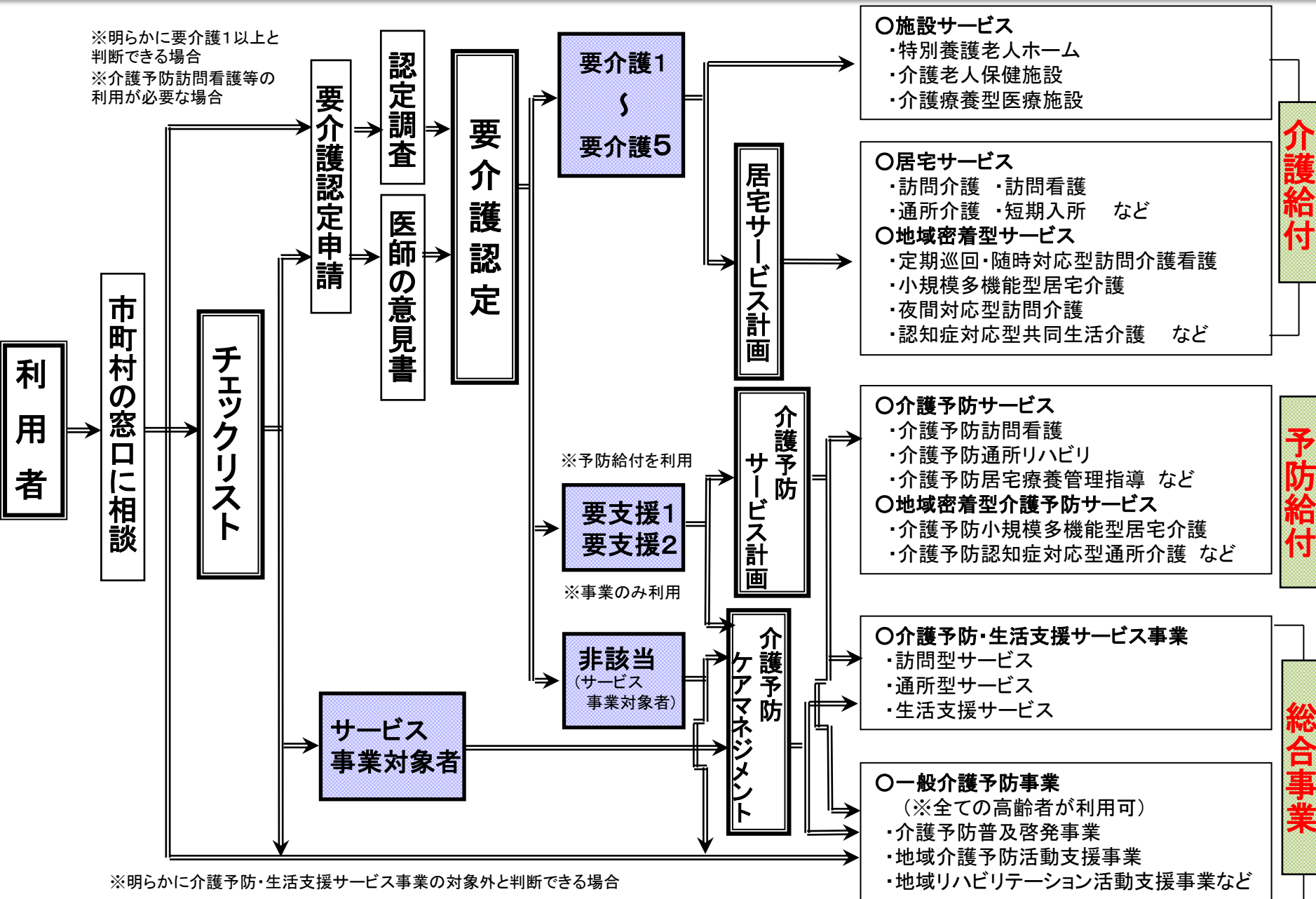
要支援認定期間→最大12か月

27、28年度は市町村の選択で移行（エリアごと可）

全ての保険者・エリアで導入

介護サービスの利用の手続き

※明らかに要介護1以上と判断できる場合
※介護予防訪問看護等の利用が必要な場合



※明らかに介護予防・生活支援サービス事業の対象外と判断できる場合

サービス種類の考え方

(1) 訪問型サービスの場合

No.	サービス 種類コード	サービス種類名	内容	サービスコード 異動連絡票の送付
1	A1	訪問型サービス (みなし)	総合事業のみなし指定を受けた事業者が請求するサービス種類。※1	送付不要
2	A2	訪問型サービス (独自)	市町村が独自に単位数・地域単価を規定するサービス種類。 単位数・地域単価以外の内容は国が規定する内容とする。	市町村が作成して 国保連へ送付
3	A3	訪問型サービス (独自／定率)	市町村が独自に内容を規定するサービス種類。利用者負担は定率。	
4	A4	訪問型サービス (独自／定額)	市町村が独自に内容を規定するサービス種類。利用者負担は定額。	

No.	サービス 種類コード	ベースと なる 予防給付	算定 構造	単位数	地域単価	サービス コード	帳票等に 出力する サービス コード名称	利用者 負担	利用者 負担割合・ 利用者 負担額	支給限度 額管理対 象／対象 外
1	A1	介護予防 訪問介護	国が 規定	国が規定	国が規定 （事業所所在地に 応じた地域単価）	国が規定	国が 規定	定率	予防給付 と同様 ※3	国が 規定
2	A2			国が規定する 単位数を上限 として、市町村 が規定 ※2	国が規定する 地域単価から 選択して 市町村が規定					
3	A3	なし	市町村が 規定	市町村が 規定※6		国が規定する サービスコード から選択して規定	市町村が 規定	定率	市町村が 規定※4	市町村が 規定
4	A4				定額					

※1 平成27年3月31日時点で介護予防訪問介護の指定を受けている事業所を総合事業の指定を受けたものとして事業所異動連絡票情報を国保連に送付する。

※2 加算率を規定するサービスコードについては、国が規定する率と同じとする。

※3 A1・A2については、受給者異動連絡票情報に2割負担の情報を設定することで自動的に2割負担対象となる。

※4 A3・A4の利用者負担割合・利用者負担額を所得に応じて設定したい場合は、所得段階ごとのサービスコードを別々に設定する必要がある。

なお、国保連合会では各サービスコードの所得段階の審査を行わない。

※5 「市町村」と記載がある箇所は、広域連合及び政令市の場合は、保険者と読み替える。

※6 A3、A4については、率を規定するサービス(処遇改善加算、特加算等のような〇〇%というサービス)及び単位数がマイナスになるサービスは設定できない。

(2)通所型サービスの場合

No.	サービス 種類コード	サービス種類名	内容	サービスコード 異動連絡票の送付
1	A5	通所型サービス (みなし)	総合事業のみなし指定を受けた事業者が請求するサービス種類。※1	送付不要
2	A6	通所型サービス (独自)	市町村が独自に単位数・地域単価を規定するサービス種類。 単位数・地域単価以外の内容は国が規定する内容とする。	市町村が作成して 国保連へ送付
3	A7	通所型サービス (独自／定率)	市町村が独自に内容を規定するサービス種類。利用者負担は定率。	
4	A8	通所型サービス (独自／定額)	市町村が独自に内容を規定するサービス種類。利用者負担は定額。	

No.	サービス 種類コード	ベースと なる 予防給付	算定 構造	単位数	地域単価	サービス コード	帳票等に 出力する サービス コード名称	利用者 負担	利用者 負担割合・ 利用者 負担額	支給限度 額管理対 象／対象 外
1	A5	介護予防 通所介護	国が 規定	国が規定	国が規定 （事業所所在地に 応じた地域単価）	国が規定	国が 規定	定率	予防給付 と同様 ※3	国が 規定
2	A6			国が規定する 単位数を上限 として、市町村 が規定 ※2	国が規定する 地域単価から 選択して 市町村が規定					
3	A7	なし	市町村が 規定	市町村が 規定※6		国が規定する サービスコード から選択して規定	市町村が 規定	定率	市町村が 規定※4	市町村が 規定
4	A8							定額		

※1 平成27年3月31日時点で介護予防通所介護の指定を受けている事業所を総合事業の指定を受けたものとして事業所異動連絡票情報を国保連に送付する。

※2 加算率を規定するサービスコードについては、国が規定する率と同じとする。

※3 A5・A6については受給者異動連絡票情報に2割負担の情報を設定することで自動的に2割負担対象となる。

※4 A7・A8の利用者負担割合・利用者負担額を所得に応じて設定したい場合は、所得段階ごとのサービスコードを別々に設定する必要がある。

なお、国保連合会では各サービスコードの所得段階の審査を行わない。

※5 「市町村」と記載がある箇所は、広域連合及び政令市の場合は、保険者と読み替える。

※6 A7、A8については、率を規定するサービス(処遇改善加算、特加算等のような〇〇%というサービス)及び単位数がマイナスになるサービスは設定できない。

(3)その他の生活支援サービスの場合

No.	サービス 種類 コード	サービス種類名	内容	サービスコード 異動連絡票の送付
1	A9	その他の生活支援サービス (配食／定率)	配食サービス。市町村が独自に規定するサービス種類。利用者負担は定率。	市町村が作成して 国保連へ送付
2	AA	その他の生活支援サービス (配食／定額)	配食サービス。市町村が独自に規定するサービス種類。利用者負担は定額。	
3	AB	その他の生活支援サービス (見守り／定率)	見守りサービス。市町村が独自に規定するサービス種類。利用者負担は定率。	
4	AC	その他の生活支援サービス (見守り／定額)	見守りサービス。市町村が独自に規定するサービス種類。利用者負担は定額。	
5	AD	その他の生活支援サービス (その他／定率)	その他サービス。市町村が独自に規定するサービス種類。利用者負担は定率。	
6	AE	その他の生活支援サービス (その他／定額)	その他サービス。市町村が独自に規定するサービス種類。利用者負担は定額。	

No.	サービス 種類 コード	ベースと なる予防 給付	算定 構造	単位数	地域単価	サービス コード	帳票等に 出力する サービスコード 名称	利用者 負担	利用者 負担割合・ 利用者 負担額	支給限度 額管理対 象／対象 外
1	A9	なし	市町村 が規定	市町村が 規定※3	国が規定する 地域単価から 選択して 市町村が規定	国が規定する サービスコード から選択して規 定	市町村が 規定	定率	市町村が 規定※1	対象外
2	AA							定額		
3	AB							定率		
4	AC							定額		
5	AD							定率		
6	AE							定額		

※1 A9～AEの利用者負担割合・利用者負担額を所得に応じて設定したい場合は、所得段階ごとのサービスコードを別々に設定する必要がある。

なお、国保連合会では各サービスコードの所得段階の審査を行わない。

※2 「市町村」と記載がある箇所は、広域連合及び政令市の場合は、保険者と読み替える。

※3 A9～AEについては、率を規定するサービス(処遇改善加算、特地加算等のような〇〇%というサービス)及び単位数がマイナスになるサービスは設定できない。

国保連合会における審査

○各処理における総合事業対応は以下のとおり。

区 分	内 容
一次審査 資格審査	・基本的に介護(予防)給付と同様の審査内容。 ・事業対象者に係る資格審査の追加。 ・保険者独自サービスに対する審査の追加。
上限審査	・基本的に介護(予防)給付と同様に、サービス事業所の請求は給付管理票との突合審査により決定・査定される。 ・また、限度額管理対象外サービス(A9～AE)については、給付管理票に記載されない為、給付管理票との突合審査は行わずに決定される。 ・介護予防ケアマネジメント費(AF)についても、給付管理票と突合されない。(市町村の委託(サービスコードAFの登録)がある場合は、給付管理票の提出がない場合でも支給決定される。ただし、事業対象者に係る介護予防ケアマネジメント費は委託対象外の為、返戻となる。)
事業所への 通知方法	・返戻一覧表、過誤決定通知書等の各種帳票については、介護(予防)給付と総合事業に係る帳票は別帳票として出力。
過誤・再審査	・処理の流れは、介護(予防)給付と同様。 ・各種帳票(保険者向け・事業所向け)については、介護(予防)給付と総合事業に係る帳票は別帳票として出力。

住所地特例対象者に対するサービスごとの事務の整理

サービス区分		住所地特例対象者に対する対応			
		サービスを受けられる事業者	費用の額	費用負担	留意事項
介護予防・日常生活支援総合事業	国保連經由による支払	施設所在市町村が指定する事業者	施設所在市町村が定める額	保険者市町村	
	市町村支払	施設所在市町村が指定する事業者	施設所在市町村が定める額	施設所在市町村	介護予防ケアマネジメントに要した費用については、年1回、財政調整を行う

※ 住所地特例対象者に対する要介護認定及び要支援認定は、保険者市町村が実施。

※ 住所地特例対象者に対する事業対象者把握のための基本チェックリストは施設所在市町村が実施。

○保険者市町村と施設所在市町村における給付の整理

	保険者市町村の状況	施設所在市町村の状況	住所地特例対象者が利用できるサービス
パターン1	給付	給付	給付
パターン2	給付	総合事業	総合事業
パターン3	総合事業	給付	給付
パターン4	総合事業	総合事業	総合事業

< 留意事項 >

表のパターン2の場合は、国保連合会から、総合事業を実施していない保険者市町村に対して、総合事業費の請求が行われる。また、パターン3の場合は、国保連合会から、介護予防訪問介護及び介護予防通所介護を終了している保険者市町村に対して、介護予防訪問介護及び介護予防通所介護の請求が行われる場合がある。いずれの場合も国保連合会に対して支払を行えるように適切に措置する必要がある。

国保連合会への請求

○予防給付と総合事業の請求書の記載（訪問系・通所系・ケアマネジメント）

種別	予防給付		総合事業	
	様式	対象サービス種類	様式番号	対象サービス種類
請求書	様式第一 （介護給付費請求書）	介護予防訪問介護(61) 介護予防通所介護(65) 介護予防支援費(46)	様式第一の二 （介護予防・日常生活支援総合事業費請求書）	訪問型サービス(A1～A4) 通所型サービス(A5～A8) その他生活支援サービス(A9～AE) 介護予防ケアマネジメント費(AF)
明細書 （サービス）	様式第二の二 （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(61) 介護予防通所介護(65) その他対象サービス(省略)	様式第二の三 （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(A1～A4) 通所型サービス(A5～A8) その他生活支援サービス(A9～AE)
明細書 （ケアマネジメント）	様式第七の二 （介護予防支援費明細書）	介護予防支援費(46)	様式第七の三 （介護予防ケアマネジメント費明細書）	介護予防ケアマネジメント費(AF)

（ポイント） 請求書、明細書はそれぞれ(予防・事業)に応じた様式にて作成する。

○予防給付と総合事業の給付管理票の記載

種別	予防給付・総合事業共通	
様式	様式	記載方法
給付管理票	様式十一 （給付管理票）	「予防給付のみ」、「総合事業のみ」、「予防＋事業」のいずれの場合であっても、限度額管理対象サービスについては、給付管理票は1枚にすべてを記載すること。 ※従来からの月途中変更時「要介護⇄要支援」における「介護サービス」と「介護予防サービス」混在型の整理と同様。

（ポイント） 給付管理票は内容に関わらず1件で作成する。

○総合事業の適用公費(対象公費のみ掲載)

別表2 保険優先公費の一覧(適用優先度順)

サービス種類と適用可能公費の関係

平成28年4月サービス分～
(平成28年5月審査～)

項番	制度	給付対象	法別番号	資格証明等	公費の給付率	負担割合	介護保険と関連する給付対象
13	特別対策(障害者施策)「全額免除」	障害者施策利用者への支援措置	58	受給者証	100	介護保険優先残りを全額公費	訪問介護、介護予防訪問介護、夜間対応型訪問介護、訪問型サービス(みなし)及び訪問型サービス(独自)
14	原爆被爆者の訪問介護利用者負担に対する助成事業について(平成12年3月17日健医発第475号厚生省保健医療局長通知)「介護の給付」	低所得者の被爆者に対する訪問介護、介護予防訪問介護、訪問型サービス(みなし)及び訪問型サービス(独自)	81	被爆者健康手帳	100	介護保険優先残りを全額公費(※)	訪問介護、介護予防訪問介護、訪問型サービス(みなし)及び訪問型サービス(独自)
15	原爆被爆者の介護保険等利用者負担に対する助成事業について(平成12年3月17日健医発第476号厚生省保健医療局長通知)「介護の給付」	被爆者に対する介護福祉施設サービス等、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、通所介護、介護予防通所介護、短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護、通所型サービス(みなし)及び通所型サービス(独自)	81	被爆者健康手帳	100	介護保険優先残りを全額公費(※)	介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、通所介護、介護予防通所介護、短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護、通所型サービス(みなし)及び通所型サービス(独自)
16	中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留法人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律(平成6年法律第30号)「介護支援給付」	介護保険及び介護予防・日常生活支援総合事業(一般介護予防事業を除く)の給付対象サービス	25	介護券	100	介護保険優先利用者本人負担額がある	介護保険及び介護予防・日常生活支援総合事業(一般介護予防事業を除く)の給付対象と同様
17	生活保護法の「介護扶助」	介護保険及び介護予防・日常生活支援総合事業(一般介護予防事業を除く)の給付対象サービス	12	介護券	100	介護保険優先利用者本人負担額がある	介護保険及び介護予防・日常生活支援総合事業(一般介護予防事業を除く)の給付対象と同様

適用優先順位	サービス種類コード・名称	公費給付率	公費本人負担	介護予防・日常生活支援総合事業													
				A1 訪問型サービス（みなし）	A2 訪問型サービス（独自）	A3 訪問型サービス（独自／定率）	A4 訪問型サービス（独自／定額）	A5 通所型サービス（みなし）	A6 通所型サービス（独自）	A7 通所型サービス（独自／定率）	A8 通所型サービス（独自／定額）	A9 その他の生活支援サービス（配食／定率）	AA その他の生活支援サービス（配食／定額）	AB その他の生活支援サービス（見守り／定率）	AC その他の生活支援サービス（見守り／定額）	AD その他の生活支援サービス（その他／定率）	AE その他の生活支援サービス（その他／定額）
1	10：感染症37条の2	95	-														
2	21：自立通院	100	あり														
3	15：自立更生	100	あり														
4	19：原爆一般	100	なし														
5	54：難病公費	100	あり														
6	86：被爆体験者	100	なし														
7	51：特定疾患・先天性血液凝固	100	あり														
8	88：水俣病・メチル水銀	100	なし														
9	87：有機ヒ素	100	なし														
10	66：石綿	100	なし														
11	58：全額免除	100	なし	○	○												
12	81：原爆助成	100	なし	○	○			○	○								
13	25：中国残留邦人等	100	あり	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
14	12：生活保護	100	あり	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

区分支給限度額と明細書

利用者区分	サービス利用例	明細書	ケアマネジメント明細書	支給限度額
事業対象者	事業(訪問介護)のみ	(様式第二の三)	介護予防ケアマネジメント (様式第七の三)	原則5,003単位
	事業(通所介護)のみ			例外的に10,473単位まで
	事業(訪問介護と通所介護)			(※別途申請が必要)
要支援 1	給付のみ	(給付は様式二の二)	介護予防支援費 (様式第七の二)	5,003単位
	給付 + 事業(訪問介護)	(給付は様式二の二)		
	給付 + 事業(通所介護)	(事業は様式二の三)		
	事業(訪問介護と通所介護)	(様式第二の三)	介護予防ケアマネジメント費 (様式第七の三)	
要支援 2	給付のみ	(給付は様式二の二)	介護予防支援費 (様式第七の二)	10,473単位
	給付 + 事業(訪問介護)	(給付は様式二の二)		
	給付 + 事業(通所介護)	(事業は様式二の三)		
	事業(訪問介護と通所介護)	(様式第二の三)	介護予防ケアマネジメント費 (様式第七の三)	

給付管理票(様式十一)は1枚で給付と事業

明細書は2枚もある(給付は様式二の二・事業は様式二の三)

ケアマネジメント(様式七の三)は1枚で要支援での事業サービス

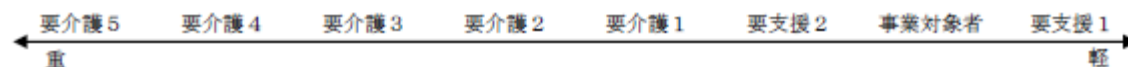
月途中で要支援・要介護状態区分等を変更した場合の請求明細書等記載の整理

同月内に、要介護状態区分変更前後の要介護度に応じたサービスを利用しているパターンを整理する。

		給付管理票	サービス計画費	請求明細書		
		要支援・要介護 状態区分等	被保険者欄の 要介護状態区分	要介護状態区分 (介護給付)	要支援状態区分 (予防給付)	要支援状態区分等 (総合事業)
No		(重い方を対象) ※2	(月末時点)	(月末時点)		
1	事業対象者→要支援 1	事業対象者	要支援 1	-	要支援 1	要支援 1
2	事業対象者→要支援 2	要支援 2	要支援 2	-	要支援 2	要支援 2
3	事業対象者→要介護 N※1	要介護 N※1	要介護 N※1	要介護 N※1	-	事業対象者
4	要支援 1→事業対象者	月途中の要支援 1→事業対象者への変更はない。				
5	要支援 1→要支援 2	要支援 2	要支援 2	-	要支援 2	要支援 2
6	要支援 1→要介護 N※1	要介護 N※1	要介護 N※1	要介護 N※1	要介護 N※1	要支援 1
7	要支援 2→事業対象者	月途中の要支援 2→事業対象者への変更はない。				
8	要支援 2→要支援 1	要支援 2	要支援 1	-	要支援 1	要支援 1
9	要支援 2→要介護 N※1	要介護 N※1	要介護 N※1	要介護 N※1	要介護 N※1	要支援 2
10	要介護 N※1→事業対象者	月途中の要介護 N→事業対象者への変更はない。				
11	要介護 N※1→要支援 1	要介護 N※1	要支援 1	要支援 1	要支援 1	要支援 1
12	要介護 N※1→要支援 2	要介護 N※1	要支援 2	要支援 2	要支援 2	要支援 2

※1 要介護 N は、要介護 1～5 のいずれかを意味する。

※2 要支援・要介護状態区分等の重い順は以下の通り。



総合事業の請求について

樣式第十一 (附則第二條關係)

給付管理票（平成27年 4月分）

保険者番号		保険者名		作成区分	
9 0 1 0 1 0		□□市		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・地域包括支援センター作成	
被保険者番号		被保険者氏名			
0 0 0 0 0 0 1 0 1 0		アリガナ カイゴ 伊藤 介護 一郎			
生年月日		性別		居宅介護／介護予防 支援事業所番号	
明・大・昭 5年 7月 7日		男・女		9 0 0 0 0 1 0 0 0 1	
要支援・要介護状態区分等		事業対象者（要支援 1, 2 要介護 1, 2, 3, 4, 5）		担当介護支援専門員番号	
居宅サービス・介護予防サービス・ 総合事業 支給限度基準額		限度額適用期間		居宅介護／介護予防 支援事業者の事業所名	
5,003 単位／月		平成 27年 4月 ~ 平成 28年 3月		●●地域包括支援センター	
				支援事業者の 事業所所在地及び連絡先	
				099-999-9999	
				受給した 総合 介護支援専門員番号	
				多機能の支援事業所番号	

居宅サービス、介護予防サービス、総合事業

[illegible]

記載例 1-2

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給付管理票

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)

[illegible]

介護予防 ③. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成

サービス 計画	事業所 番号										事業所 名称										
	9	0	0	0	0	1	0	0	0	1	●●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

[illegible][illegible]

請求額集計欄	①サービス種類コード ／(②名称)	A	1	前期型サービス (みなし)					③事業費請求額＝			
	③サービス実日数	1	0	日					《⑦給付単位数×⑨単位数単価》×給付率》			
	④計画単位数			1	4	2	6		1,426 単位×10.00 円＝14,260 円			
	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		14,260 円×90％＝12,834 円			
	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		2. 利用者負担額を求める			
	⑨単位数単価	1	0	0	0	円／単位			⑪利用者負担額＝			
	⑩事業費請求額		1	2	8	3	4		《⑦給付単位数×⑨単位数単価》－⑩事業費請求額			
	⑪利用者負担額			1	4	2	6		1,426 単位×10.00 円＝14,260 円			
									⑫公費請求額			
									⑬公費分本人負担			
									14,260 円－12,834 円＝1,426 円			

枚中		枚目
----	--	----

様式第二の二（附則第二条関係）

記載例 1 - 4

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 番号 (7桁)	0 0 0 0 0 0 1 0 1 0							
	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 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							
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 理由		1. 非該当 2. 医療機関入院 3. 死亡 4. その他 5. 介護老人福祉施設入所 6. 介護老人保健施設入所 7. 介護療養型医療施設入院						
給付 費用 細目	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 対象 単位数	公費 対象 単位数	備考
	予防費 I 1	6 5 1 0 1 0	3 1 8	8	2 5 4 4			
給付 費用 計算 書	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 対象 単位数	公費 対象 単位数	施設所在 保険者番号
請求 額 集 計 書	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					
	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						
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥	2 5 4 4						
	⑧公費分単位数	0						
	⑨単位数単価	1 0 0 0	円/単位		円/単位		円/単位	
	⑩保険請求額	2 2 8 9 6						
	⑪利用者負担額	2 5 4 4						
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 率	軽減率	%	受領すべき利用者 負担の総額 (円)		軽減後利用者 負担額 (円)		備考	

住所地特例の請求について

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 18

保険者独自サービスの請求
(住所地特例対象者の場合)

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	2	0	1	0
-------	---	---	---	---	---	---

被保険者 氏名	被保険者 番号		0 0 0 0 0 0 0 1 1 1 1											
	(7桁+1)		3(三) 2(二) 0(零)											
	氏名		介護 五郎											
	生年月日		1.明治 2.大正 3.昭和						性別		1.男 2.女			
	0 5 年 1 0 月 1 0 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 者	事業所 番号	9	0	A	0	0	1	0	0	0	1
	事業所 名称	〇〇事業所									
	〒	9	9	9	—	9	9	9	9		
	介護五郎さんは、保険者（902010）と異なる 市町村（903030）に所在する施設に入所した ため、住所地特例対象者となった。										
	連絡先	電話番号 099-111-1111									

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 事業名	9	0	0	0	0	2	0	0	0	2	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	公費対 象率	公費対象単位数	備考
・ 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 ・ 被保険者が住所地特例対象者であり、住所にて総合事業サービスを受けた場合、事業費明細欄ではなく、事業費明細欄（住所地特例対象者）に記載する ・ A2○○○○は、施設所在保険者から認められたサービス							
保険者市町村の証記載保険者番号ではなく、住所地特例対象者が入所（入居）する施設の所在する市町村の証記載保険者番号を設定する							

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	公費対象回数	公費対象単位数	施設所在 保健所番号	備考
〇〇サービス	A 2 〇 〇 〇 〇	5 5 0	5	2 7 5 0			202030	

①サービス種類コード ②名称	A-2	初期型サービス (様目)					
③サービス実日数	5	日					
④計画単位数		2	7	5	0		
⑤限度額管理対象単位数		2	7	5	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		2	7	5	0		
⑧公費分単位数					0		
⑨単位数単価	1	0	0	0	円/単位		
⑩事業費請求額	2	4	7	5	0		
⑪利用者負担額		2	7	5	0		
⑫公費請求額					0		
⑬公費分本人負担					0		

請求額集計欄

1. 事業費請求額を求める
 ⑩事業費請求額 =

$$((\text{⑦給付単位数} \times \text{⑨単位数単価}) \times \text{給付率})$$

$$2,750 \text{ 単位} \times 10.00 \text{ 円} = 27,500 \text{ 円}$$

$$27,500 \text{ 円} \times 90\% = 24,750 \text{ 円}$$

2. 利用者負担額を求める
 ⑪利用者負担額 =

$$((\text{⑦給付単位数} \times \text{⑨単位数単価}) - \text{⑩事業費請求額})$$

$$2,750 \text{ 単位} \times 10.00 \text{ 円} = 27,500 \text{ 円}$$

$$27,500 \text{ 円} - 24,750 \text{ 円} = 2,750 \text{ 円}$$

	枚中		枚目
--	----	--	----

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・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

[illegible]

記載例 19

住所地特例対象者が、住所地で地域
密着型サービスを受けた場合の請求

平成	2	7	年	0	4	月分
----	---	---	---	---	---	----

[illegible]

保險業委員會	9	0	2	0	2	0
--------	---	---	---	---	---	---

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 2 0 2												
	(7桁+)	3(三) 2(二) 0(零)												
	氏名	介護 次郎												
	生年月日	1.明治			2.大正			3.昭和			性別		1.男 2.女	
		0 6 年		0 2 月		0 2 日								
要介護 状態区分	要介護 1・2・3・4・5													
認定有効 期定	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			

介護次郎さんは、保険者（902020）と異なる市町村（903030）に所在する施設に入所したため、住所地特例対象者となった

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									
	事業所 番号	9	0	7	0	0	0	0	2	2	0	

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

[illegible]

給付費明細欄（住所地特例対象者）には、
地域密着型サービスのみ記載する
記載できるサービスは以下のとおりです。

＜様式第二＞

76 (定期巡回・随時対応型訪問介護看護)
77 (夜間対応型訪問介護)
78 (認知症対応型通所介護)
79 (小規模多機能型居宅介護 (短期利用以外))
80 (小規模多機能型居宅介護 (短期利用))
81 (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))
82 (複合型サービス (看護小規模多機能型居宅介護・短期利用))
＜様式第二の二＞
83 (介護予防認知症対応型通所介護)
84 (介護予防小規模多機能型居宅介護 (短期利用以外))
85 (介護予防小規模多機能型居宅介護 (短期利用))
※上述のサービス以外については、通常の給付費明細欄に記載する

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	土曜日 開講	公費対象単位数	施設内 研修番号	備考
基礎研修(新卒・若手)Ⅰ	7-1-1-1-1-1-2	5.5	10	5.5	0		905050	
基礎研修(新卒・若手)Ⅱ	7-1-1-2-0-2	2	10	2	0		905050	
基礎研修(新卒・若手)Ⅲ	7-1-1-1-0-3			1	4		905050	

[illegible]

保険者市町村の証記載保険者番号ではなく、住所
所地特例対象者が入所（入居）する施設の所在
する市町村の証記載保険者番号を設定する

[illegible]

	枚中		枚目
--	----	--	----

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 5
総合事業サービス（月定額）の請求
(月途中住所特例適用の場合)

公費負担者番号	0 0 0 0 0 0 3 3 0 0	平成	2	7	年	0	4	月	分
公費受給者番号	0 0 0 0 0 0 2 0 2 0	保険者番号	9	0	2	0	2	0	

被保険者番号	0 0 0 0 0 0 3 3 0 0	氏名	介護 三郎		
生年月日	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	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				

<事例説明>

平成27年4月

4/21施設入所

●:総合事業サービス利用
□:住所特例適用期間

・月を通じて訪問型サービス（独自）を利用
・4/21に住所特例対象施設に入所

介護予防サービス計画	事業所番号	9 0 0 0 0 0 3 3 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	公費負担率	公費対象単位数	施設所在保険者番号	備考
訪問型サービスA2	A 2	1	1	1	8		905030	
訪問型サービスA2	A 2	6	7	6	8		905030	

・月の途中で住所特例適用となった場合、月額報酬サービスの利用分は日割りとせず、月末の状況における欄に記載する

・月額加算（経過改善加算、中山間地域等提供加算等）は月末の状況における欄に記載する

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	公費負担率	公費対象単位数	施設所在保険者番号	備考
訪問型サービスA2	A 2	1	1	1	8		905030	
訪問型サービスA2	A 2	6	7	6	8		905030	

①サービス種類コード /②名称	A 2	訪問型サービス (独自)	経過改善加算のサービス単位数を算出する	
③サービス実日数	4	日	1.168 単位 × 8.6% = 100.448 ≒ 100 単位 (四捨五入)	
④計画単位数	1	1	6	8
⑤限度額管理対象単位数	1	1	6	8
⑥限度額管理対象外単位数	1	0	0	
⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥	1	2	6	8
⑧公費分単位数	0			
⑨単位数単価	1	0	0	0
⑩事業費請求額	1	1	4	1
⑪利用者負担額	1	2	6	8
⑫公費請求額	0			
⑬公費分本人負担	0			

給付率 (100)

事業 9 0

公費

合計

月末の状況における単価を記載する

<月額報酬対象サービス及び日割り計算用サービスコードがない加算の取扱い>

月の途中で住所特例対象施設に入所（入居）し、住所特例対象者になった場合は、日割りは行わず、月末における状況に応じた月額包括報酬を算定する。

また、月の途中で住所特例対象施設を移った場合も、日割りは行わず、月末における状況に応じた月額包括報酬を算定する。

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 6
総合事業サービス（月定額・日割り・公費あり）の請求
(月途中住所特例適用の場合)

公費負担者番号	1 2 9 0 0 0 1 0	平成	2	7	年	0	4	月	分
公費受給者番号	0 0 0 0 0 0 2	保険者番号	9	0	2	0	2	0	

被保険者番号	0 0 0 0 0 0 3 3 0 0	氏名	介護 三郎		
生年月日	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	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				

<事例説明>

平成27年4月

4/16公費適用

4/21施設入所

●:総合事業サービス利用
●:公費適用期間
□:住所特例適用期間

・月を通じて訪問型サービス（独自）を利用
・4/16に公費適用開始（日割り事由に該当）
・4/21に住所特例対象施設に入所
住所特例適用後の単位数単価：10.00 円
住所特例適用後の単位数単価：10.00 円

介護予防サービス計画	事業所番号	9 0 0 0 0 0 3 3 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	公費負担率	公費対象単位数	施設所在保険者番号	備考
訪問型サービスA2	A 2	2	1	1	1		905030	
訪問型サービスA2	A 2	5	2	0			905030	

①サービス種類コード /②名称	A 2	訪問型サービス (独自)	経過改善加算のサービス単位数を算出する	
③サービス実日数	4	日	1.168 単位 × 8.6% = 100.448 ≒ 100 単位 (四捨五入)	
④計画単位数	1	1	6	8
⑤限度額管理対象単位数	1	1	6	8
⑥限度額管理対象外単位数	1	0	0	
⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥	1	2	6	8
⑧公費分単位数	0			
⑨単位数単価	1	0	0	0
⑩事業費請求額	1	1	4	1
⑪利用者負担額	1	2	6	8
⑫公費請求額	0			
⑬公費分本人負担	0			

給付率 (100)

事業 9 0

公費

合計

月末の状況における単価を記載する

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	公費負担率	公費対象単位数	施設所在保険者番号	備考
訪問型サービスA2	A 2	2	1	1	1		905030	
訪問型サービスA2	A 2	5	2	0			905030	

①サービス種類コード /②名称	A 2	訪問型サービス (独自)	経過改善加算のサービス単位数を算出する	
③サービス実日数	4	日	1.168 単位 × 8.6% = 100.448 ≒ 100 単位 (四捨五入)	
④計画単位数	1	1	4	0
⑤限度額管理対象単位数	1	1	4	0
⑥限度額管理対象外単位数	9	8		
⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥	1	2	3	8
⑧公費分単位数	6	1	9	
⑨単位数単価	1	0	0	0
⑩事業費請求額	1	1	4	2
⑪利用者負担額	5	4	7	
⑫公費請求額	6	9	1	
⑬公費分本人負担	0			

給付率 (100)

事業 9 0

公費

合計

月末の状況における単価を記載する

<月額報酬対象サービス及び日割り計算用サービスコードがない加算の取扱い>

月の途中で住所特例対象施設に入所（入居）し、住所特例対象者になった場合は、日割りは行わず、月末における状況に応じた月額包括報酬を算定する。

また、月の途中で住所特例対象施設を移った場合も、日割りは行わず、月末における状況に応じた月額包括報酬を算定する。

二割負担の請求について

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・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)・地域密着型通所介護)

記載例 2 8
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

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

介護 三郎

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

要介護 1・2・3・4・5

電話番号 099-555-5555

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 ○○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	公費対象単位数	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	2 5 5 0			
身体介護 1・夜	1 1 1 1 1 2	2 1 9	4	2 1 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	公費対象単位数	公費対象単位数	施設番号	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 0 0 円/単位							
⑩保険請求額	3 4 6 8 8							
⑪利用者負担額	8 6 7 2							
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	軽減率	%	受領すべき利用者負担の総額 (円)	軽減後利用者負担額 (円)	備考

様式第九 (附則第二条関係)

施設サービス等介護給付費明細書 (介護保険施設サービス)

記載例 2 9
二割負担対象者が出来高サービスを受けた場合の請求

平成 年 月 日

保険者番号 9 0 2 0 2 0

被保険者番号 0 0 0 0 0 2 2 2 2

事業所番号 9 0 7 0 0 0 0 0 3 0

氏名 介護 二郎

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

生年月日 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 4. 平成 5. 令和

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 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 099-333-3333

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

主治病 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

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	公費対象単位数	公費対象単位数	摘要
保健施設 1 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	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
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
施設療養費	④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ 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	施設療養費	①平成 ②平成 ③平成	年 年 年	月 月 月	日 日 日

往診日数	医療機関名	通院日数	医療機関名

請求 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	0	0	円/単位		10	円/点・単位		
	③給付率		8	0	/100			8	0	/100	
	④請求額(円)		7	8	4	0	0		2	0	0
⑤利用者負担額(円)		1	9	6	0	0			5	0	0

二割負担対象者の場合、給付率は「80」とする

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 0 0 円/単位		10 円/点・単位	10 円/点・単位
③給付率	8 0 /100		8 0 /100	8 0 /100
④請求額 (円)	7 8 4 0 0		2 0 0 0	
⑤利用者負担額 (円)	1 9 6 0 0		5 0 0	

サービス内容	サービスコード	費用単価 (円)	負担額 (円)	費用 (円)	公費分	利用者負担額
合計						

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、場合の請求
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)

記載例 30

二割負担対象者が給付制限となった 場合の請求

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		事業所番号	9	0	7	0	0	0	0	0	2	0
	(7桁+7)	812 9700																					
	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	1		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。													
	0	5	年	0	5	月	0	5	日				〒	9	9	9	ー	9	9	9		〇〇県〇〇市△△区 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	連絡先	電話番号 099-555-555									
		平成	2	8	年	0	3	月	3	1	日	まで											

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	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																				

[illegible][illegible][illegible][illegible]

枚中		枚目
----	--	----

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、
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サービス(短期利用以外)、小規模多
機能型通所介護、複合型サービス(常設小規模多機能型居宅サービス、短期利用以外)、複合型サービス(常設小規模多機能型居宅サービス、短期利用)、地域密着型通所介護)

記載例 3 1

二割負担対象者が減免の対象者とな
った場合の請求

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	
被保険者番号	0 0 0 0 0 0 1 1 1 1	事業所番号	9	0	7	0	0	0	2
(7桁分)	312 9700	〇〇事業所							
氏名	介護 三郎		介護三郎さんは、8月に二割負担対象者と判定されたが、震災し減免対象（100％給付）となった						
生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和	性別	9	9	9	9	9	9	
	0 5 年 0 5 月 0 5 日	1.男 2.女	〇県□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	連絡先	電話番号 099-555-555						
	平成 2 8 年 0 3 月 3 1 日 まで								

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	1.非該当 2.医療機関入院 3.死亡 4.その他 5.介護老人福祉施設入所 6.介護老人保健施設入所 7.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	公費対象 回数の割合	公費対象単位数	備考
給付費明細欄	身体介護Ⅰ	1 1 1 1 1 1	2 5 5	1 2	5 0 6 0			
	身体介護Ⅱ・夜	1 1 1 1 1 2	2 1 9	4	1 2 7 6			

(法人) 代表者氏名 （個人事業主）	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	公費負担率	公費対象単位数	施設内定保険者番号	備考
									二割負担対象者であり、減額対象者となった場合、給

[illegible][illegible]

枚中		枚目
----	--	----

二割負担対象者がみなしサービスを受けた場合の請求

[illegible]

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 1 0 1 0										事業所	9 0 7 0 1 0 0 0 1 0									
	(7桁+)	3127720										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	〇〇事業所									
	氏名	介護 夏子											〒	9 9 9 - 9 9 9 9								
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和			性別	1.男 2.女			所在地	〇〇県〇〇市△△町 1-1-1												
	要支援 状態区分等	0.5年 0.7月 0.7日						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										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	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	公費単位数	公費対象単位数	備考
介護予防訪問介護Ⅰ	A1 1 1 1 1 1		1	1 2 2 0			
予防訪問介護初回加算	A1 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）							

[illegible][illegible]

総合事業の帳票について

新規

事業所番号 9070050014

1 頁

〇〇〇国民健康保険団体連合会

保険者番号	サービス 提供年月	請 求 差		返 戻		査 定 増 減		保 留 分		保 留 復 活 分		備 考
		件数	金 額	件数	単位数	件数	単位数	件数	単位数	件数	単位数	
900001	H27.4			2	2,000	1	-80	0	0	0	0	
合計		-2	-2,080	2	2,000	1	-80	0	0	0	0	

SHEL05 (7231)

新規

事業所番号	9070050014
-------	------------

1 頁

平成 27 年 5 月 審査分

[illegible]

上級審判分		審定分	
記号	内 容	記号	内 容
A	結付管理費簿に記録されていないもの	C	簿との照りあてられないもの
		D	簿と照りあてられるもの
		E	実簿と照りあてられるもの
B	結付管理費簿の記録を認めるもの	F	担当課理に反するもの
		G	前記のイ、不適用、不必要と認められるもの

SHCL02 (7321)

新規

事業所番号	9070050014
-------	------------

平成27年 5月 31日

〇〇〇国民健康保険団体連合会

□□□事業所

※ 種別：請→請求明細書、ケ→介護予防ケアマネジメント費請求明細書
※ サービス項目：審査エラーによる返戻のうえ、明細情報のエラーにはサービス項目コードが出力されます
※ 備考の保留は、当月審査分において介護予防支援事業所から給付管理票の提出がないため、保留扱いとしたものである。 SHDL03 (7431)

SHDL03 (7431)

新規

平成27年5月 審査分

〇〇〇国民健康保険団体連合会

事業所番号	事業所名
-------	------

※過誤調整の内訳については、介護予防・日常生活支援総合事業費過誤決定通知書、介護予防・日常生活支援総合事業費再審査決定通知書に記載しています。 SIQ21(7551)

SICL21 (7551)

新規

国保連合会 → 事業所

介護予防・日常生活支援総合事業費過誤決定通知書（事業所分）（平成27年6月取扱分）

過額申立てについては、下記のとおり決定しましたので通知します

平成27年7月1日

〇〇〇国民健康保険団体連合会

事業所番号	事業所名
90A0000010	総合事業事業所 1

[illegible]

		件数	單位數	保險者負担額 (公費負担額)
合計	総事業費	-2	-1,100	-9,900

新規

国保連合会 → 事業所

介護予防・日常生活支援総合事業費再審査決定通知書（事業所分）（平成27年6月取扱分）

審査委員会において再度審議した結果、下記のとおり決定しましたので通知しま

平成27年7月1日

〇〇〇国民健康保険団体連合会
〇〇〇審査委員会

事業所番号	事業所名
90A0000010	総合事業事業所 1

[illegible]

		再 審 査 決 定			摘 出		
		件数	単位数	保護者負担額 (公費負担額)	件数	単位数	保護者負担額 (公費負担額)
合計	総合事業費	0	3,000	30,000	0	2,000	18,000

[illegible]

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN 様

NNZ9年Z9月 審査分として下配金額を支払決定し
右配銀行に送金しますので通知致します。

金額	_____, _____, ____
----	--------------------

NNNNNNNNNNNNNN

NNZ9年Z9月Z9日
NNNNNNNNNNNNNNNNNN

介護給付費支払額	—、—、—、—、—9
主治医意見書作成料	ZZZ ZZZ ZZZ ZZZ
消費税	ZZZ ZZZ ZZZ ZZZ
認定調査費委託料	ZZZ ZZZ ZZZ ZZZ
消費税	ZZZ ZZZ ZZZ ZZZ
介護予防、日常生活支援総合事業費支払額	ZZZ ZZZ ZZZ ZZZ
電子証明書発行手数料（消費税を含む）	—、—、—、—、—9
介護給付費等合計	—、—、—、—、—9

28