

Ⅱ－資料5

介護予防・日常生活支援総合事業費
単位数サービスコード表
(平成27年4月施行版)

平成 27年 4月

1 訪問型サービス(みなし)サービスコード表	1
2 訪問型サービス(独自)サービスコード表	2
3 訪問型サービス(独自／定率)サービスコード表	3
4 訪問型サービス(独自／定額)サービスコード表	3
5 通所型サービス(みなし)サービスコード表	4
6 通所型サービス(独自)サービスコード表	5
7 通所型サービス(独自／定率)サービスコード表	6
8 通所型サービス(独自／定額)サービスコード表	6
9 その他の生活支援サービス(配食／定率)サービスコード表	7
10 その他の生活支援サービス(配食／定額)サービスコード表	7
11 その他の生活支援サービス(見守り／定率)サービスコード表	7
12 その他の生活支援サービス(見守り／定額)サービスコード表	7
13 その他の生活支援サービス(その他／定率)サービスコード表	7
14 その他の生活支援サービス(その他／定額)サービスコード表	7
15 介護予防ケアマネジメントサービスコード表	8

[脚注]

1. 単位数算定記号の説明

+〇〇単位	⇒	所定単位数 + 〇〇単位
－〇〇単位	⇒	所定単位数 － 〇〇単位
×〇〇％	⇒	所定単位数 × 〇〇／100
〇〇％加算	⇒	所定単位数 + 所定単位数 × 〇〇／100

2. 市町村が独自に設定する項目について
 以下の項目については、市町村が規定する。
 各項目の留意点は以下のとおり。

サービス	項目	留意点
訪問型サービス(独自) 通所型サービス(独自) 介護予防ケアマネジメント	合成単位数	国が規定する単位数を上限として、市町村が規定する。 単位数は数字5桁以内とする。
訪問型サービス(独自／定率) 訪問型サービス(独自／定額) 通所型サービス(独自／定率) 通所型サービス(独自／定額) その他の生活支援サービス	サービスコード	数字又は英字とする。 英字は大文字アルファベットのみであり、「I」、「O」、「Q」を除く。
	サービス内容略称	全角32文字以内とする。
	対象者	以下のいずれかとする。 (※サービス種類ごとに異なる。) ・事業対象者 ・要支援1 ・要支援2
	合成単位数	数字5桁以内とする。
	算定単位	以下のいずれかとする。 ・1回につき ・1日につき ・1月につき ・1週間につき

1 訪問型サービス(みなし)サービスコード表

サービスコード		サービス内容略称	算定項目		合成 単位数	算定 単位
種類	項目					
A1	1111	訪問型サービスⅠ	イ 訪問型サービス費(みなし)(Ⅰ)	事業対象者・要支援1・2(週1回程度)	1,168	1月につき
A1	1113	訪問型サービスⅠ・初任		介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%	818	
A1	1114	訪問型サービスⅠ・同一		事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 × 90%	1,051	
A1	1115	訪問型サービスⅠ・初任・同一		介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%	736	
A1	2111	訪問型サービスⅠ日割			38	
A1	2113	訪問型サービスⅠ日割・初任	イ 訪問型サービス費(みなし)(Ⅰ)	事業対象者・要支援1・2(週1回程度)	27	1日につき
A1	2114	訪問型サービスⅠ日割・同一		介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%	34	
A1	2115	訪問型サービスⅠ日割・初任・同一		事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 × 90%	24	
A1	1211	訪問型サービスⅡ		介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%	2,335	
A1	1213	訪問型サービスⅡ・初任		介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%	1,635	1月につき
A1	1214	訪問型サービスⅡ・同一	ロ 訪問型サービス費(みなし)(Ⅱ)	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 × 90%	2,102	
A1	1215	訪問型サービスⅡ・初任・同一		介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%	1,472	
A1	2211	訪問型サービスⅡ日割			77	
A1	2213	訪問型サービスⅡ日割・初任		事業対象者・要支援1・2(週2回程度)	54	1日につき
A1	2214	訪問型サービスⅡ日割・同一		介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%	69	
A1	2215	訪問型サービスⅡ日割・初任・同一		事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 × 90%	49	
A1	1321	訪問型サービスⅢ	ハ 訪問型サービス費(みなし)(Ⅲ)	事業対象者・要支援2(週2回を超える程度)	3,704	1月につき
A1	1323	訪問型サービスⅢ・初任		介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%	2,593	
A1	1324	訪問型サービスⅢ・同一		事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 × 90%	3,334	
A1	1325	訪問型サービスⅢ・初任・同一		介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%	2,334	
A1	2321	訪問型サービスⅢ日割			122	1日につき
A1	2323	訪問型サービスⅢ日割・初任	事業対象者・要支援2(週2回を超える程度)	介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%	85	
A1	2324	訪問型サービスⅢ日割・同一		事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 × 90%	110	
A1	2325	訪問型サービスⅢ日割・初任・同一		介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%	77	
A1	2411	訪問型サービスⅣ			266	1回につき
A1	2413	訪問型サービスⅣ・初任	ニ 訪問型サービス費(みなし)(Ⅳ)	事業対象者・要支援1・2(週1回程度)	186	
A1	2414	訪問型サービスⅣ・同一		介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%	239	
A1	2415	訪問型サービスⅣ・初任・同一		事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 × 90%	167	
A1	2511	訪問型サービスⅤ			270	1回につき
A1	2513	訪問型サービスⅤ・初任	ホ 訪問型サービス費(みなし)(Ⅴ)	事業対象者・要支援1・2(週2回程度)	189	
A1	2514	訪問型サービスⅤ・同一		介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%	243	
A1	2515	訪問型サービスⅤ・初任・同一		事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 × 90%	170	
A1	2621	訪問型サービスⅥ			285	1回につき
A1	2623	訪問型サービスⅥ・初任	ヘ 訪問型サービス費(みなし)(Ⅵ)	事業対象者・要支援2(週2回を超える程度)	200	
A1	2624	訪問型サービスⅥ・同一		介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%	257	
A1	2625	訪問型サービスⅥ・初任・同一		事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 × 90%	180	
A1	1411	訪問型短時間サービス			165	1回につき
A1	1413	訪問型短時間サービス・初任	ト 訪問型サービス費(みなし)(短時間サービス)	事業対象者・要支援1・2(20分未満)	116	
A1	1414	訪問型短時間サービス・同一		介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%	149	
A1	1415	訪問型短時間サービス・初任・同一		事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 × 90%	104	
A1	8000	訪問型サービス特別地域加算				
A1	8001	訪問型サービス特別地域加算日割	特別地域加算	所定単位数の 15% 加算		1月につき
A1	8002	訪問型サービス特別地域加算回数		所定単位数の 15% 加算		1日につき
A1	8100	訪問型サービス小規模事業所加算		所定単位数の 15% 加算		1回につき
A1	8101	訪問型サービス小規模事業所加算日割		所定単位数の 10% 加算		1月につき
A1	8102	訪問型サービス小規模事業所加算回数		所定単位数の 10% 加算		1日につき
A1	8110	訪問型サービス中山間地域等提供加算	中山間地域等における小規模事業所加算	所定単位数の 10% 加算		1回につき
A1	8111	訪問型サービス中山間地域等加算日割		所定単位数の 5% 加算		1月につき
A1	8112	訪問型サービス中山間地域等加算回数		所定単位数の 5% 加算		1日につき
A1	4001	訪問型サービス初回加算		所定単位数の 5% 加算		1回につき
A1	4002	訪問型サービス生活機能向上加算			200 単位加算	1月につき
A1	6270	訪問型サービス処遇改善加算Ⅰ	チ 初回加算 リ 生活機能向上連携加算 ス 介護職員処遇改善加算	100 単位加算	100	
A1	6271	訪問型サービス処遇改善加算Ⅱ		(1)介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数の 86/1000 加算		
A1	6273	訪問型サービス処遇改善加算Ⅲ		(2)介護職員処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位数の 48/1000 加算		
A1	6275	訪問型サービス処遇改善加算Ⅳ		(3)介護職員処遇改善加算(Ⅲ) (2)で算定した単位数の 90% 加算		
A1	6275	訪問型サービス処遇改善加算Ⅳ		(4)介護職員処遇改善加算(Ⅳ) (2)で算定した単位数の 80% 加算		

2 訪問型サービス(独自)サービスコード表

サービスコード		サービス内容略称	算定項目				合成 単位数	算定 単位	
種類	項目								
A2	1111	訪問型独自サービスⅠ	イ 訪問型 サービス費 (独自)(Ⅰ)	事業対象者・要支援1・ 2(週1回程度)			1,168	1月につき	
A2	1113	訪問型独自サービスⅠ・初任			介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%	818			
A2	1114	訪問型独自サービスⅠ・同一				1,051			
A2	1115	訪問型独自サービスⅠ・初任・同一			介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%	736			
A2	2111	訪問型独自サービスⅠ日割				38			
A2	2113	訪問型独自サービスⅠ日割・初任	事業対象者・要支援1・ 2(週1回程度)		介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%	27	1日につき		
A2	2114	訪問型独自サービスⅠ日割・同一				34			
A2	2115	訪問型独自サービスⅠ日割・初任・同一			介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%	24			
A2	1211	訪問型独自サービスⅡ				2,335			
A2	1213	訪問型独自サービスⅡ・初任			介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%	1,635			
A2	1214	訪問型独自サービスⅡ・同一	事業対象者・要支援1・ 2(週2回程度)		介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%	2,102	1月につき		
A2	1215	訪問型独自サービスⅡ・初任・同一				1,472			
A2	2211	訪問型独自サービスⅡ日割				77			
A2	2213	訪問型独自サービスⅡ日割・初任			介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%	54			
A2	2214	訪問型独自サービスⅡ日割・同一				69			
A2	2215	訪問型独自サービスⅡ日割・初任・同一	事業対象者・要支援1・ 2(週2回程度)		介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%	49	1日につき		
A2	1321	訪問型独自サービスⅢ				3,704			
A2	1323	訪問型独自サービスⅢ・初任			介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%	2,593			
A2	1324	訪問型独自サービスⅢ・同一				3,334			
A2	1325	訪問型独自サービスⅢ・初任・同一			介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%	2,334			
A2	2321	訪問型独自サービスⅢ日割	事業対象者・要支援2 (週2回を超える程度)			122	1日につき		
A2	2323	訪問型独自サービスⅢ日割・初任			介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%	85			
A2	2324	訪問型独自サービスⅢ日割・同一				110			
A2	2325	訪問型独自サービスⅢ日割・初任・同一			介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%	77			
A2	2411	訪問型独自サービスⅣ				266			
A2	2413	訪問型独自サービスⅣ・初任	ニ 訪問型 サービス費 (独自)(Ⅳ)	事業対象者・要支援1・ 2(週1回程度)	介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%	186	1回につき		
A2	2414	訪問型独自サービスⅣ・同一				239			
A2	2415	訪問型独自サービスⅣ・初任・同一			※1月の中で全部で4回まで	介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%		167	
A2	2511	訪問型独自サービスⅤ				270			
A2	2513	訪問型独自サービスⅤ・初任			ホ 訪問型 サービス費 (独自)(Ⅴ)	事業対象者・要支援1・ 2(週2回程度)		介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%	189
A2	2514	訪問型独自サービスⅤ・同一		243					
A2	2515	訪問型独自サービスⅤ・初任・同一	※1月の中で全部で5回から12回まで	介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%			170		
A2	2621	訪問型独自サービスⅥ		285					
A2	2623	訪問型独自サービスⅥ・初任	ヘ 訪問型 サービス費 (独自)(Ⅵ)	事業対象者・要支援2 (週2回を超える程度)			介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%	200	
A2	2624	訪問型独自サービスⅥ・同一				257			
A2	2625	訪問型独自サービスⅥ・初任・同一			※1月の中で全部で5回から12回まで	介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%	180		
A2	1411	訪問型独自短時間サービス				165			
A2	1413	訪問型独自短時間サービス・初任			ト 訪問型 サービス費 (独自) (短時間サ ービス)	事業対象者・要支援1・ 2(20分未満)	介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%	116	
A2	1414	訪問型独自短時間サービス・同一		149					
A2	1415	訪問型独自短時間サービス・初任・同一	※1月につき22回まで	介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合 × 70%			104		
A2	8000	訪問型独自サービス特別地域加算	特別地域加算				所定単位数の 15% 加算		1月につき
A2	8001	訪問型独自サービス特別地域加算日割					所定単位数の 15% 加算		1日につき
A2	8002	訪問型独自サービス特別地域加算回数			所定単位数の 15% 加算		1回につき		
A2	8100	訪問型独自サービス小規模事業所加算	中山間地域等における小規模事業所加算		所定単位数の 10% 加算		1月につき		
A2	8101	訪問型独自サービス小規模事業所加算日割			所定単位数の 10% 加算		1日につき		
A2	8102	訪問型独自サービス小規模事業所加算回数			所定単位数の 10% 加算		1回につき		
A2	8110	訪問型独自サービス中山間地域等提供加算	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算		所定単位数の 5% 加算		1月につき		
A2	8111	訪問型独自サービス中山間地域等加算日割			所定単位数の 5% 加算		1日につき		
A2	8112	訪問型独自サービス中山間地域等加算回数			所定単位数の 5% 加算		1回につき		
A2	4001	訪問型独自サービス初回加算	チ 初回加算		200 単位加算	200	1月につき		
A2	4002	訪問型独自サービス生活機能向上加算	リ 生活機能向上連携加算		100 単位加算	100			
A2	6270	訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅰ	ヌ 介護職員処遇改善加算		(1)介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の 86/1000 加算			
A2	6271	訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅱ			(2)介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数の 48/1000 加算			
A2	6273	訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅲ			(3)介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	(2)で算定した単位数の 90% 加算			
A2	6275	訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅳ			(4)介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	(2)で算定した単位数の 80% 加算			

※合成単位数については、国が規定する単位数を上限として、市町村が規定する。

3 訪問型サービス(独自／定率)サービスコード表

サービスコード		サービス内容略称	算定項目	合成	算定
種類	項目			単位数	単位
A3	1001		事業対象者・要支援1・要支援2		
		§			
A3	1200				

4 訪問型サービス(独自／定額)サービスコード表

サービスコード		サービス内容略称	算定項目	合成	算定
種類	項目			単位数	単位
A4	1001		事業対象者・要支援1・要支援2		
		§			
A4	1200				

※網掛け部分については、市町村が規定する。サービスコードの下4桁は1001～1200にすること。

5 通所型サービス(みなし)サービスコード表

サービスコード		サービス内容略称	算定項目			合成 単位数	算定 単位
種類	項目						
A5	1111	通所型サービス1	イ 通所型サービス費 (みなし)	事業対象者・要支援1	1,647 単位	1,647	1月につき
A5	1112	通所型サービス1日割			54 単位	54	1日につき
A5	1121	通所型サービス2		事業対象者・要支援2	3,377 単位	3,377	1月につき
A5	1122	通所型サービス2日割			111 単位	111	1日につき
A5	1113	通所型サービス1回数		事業対象者・要支援1 ※1月の中で全部で4回まで	378 単位	378	1回につき
A5	1123	通所型サービス2回数	事業対象者・要支援2 ※1月の中で全部で5回から8回まで		389 単位	389	
A5	8110	通所型サービス中山間地域等提供加算	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算		所定単位数の 5% 加算		1月につき
A5	8111	通所型サービス中山間地域等加算日割			所定単位数の 5% 加算		1日につき
A5	8112	通所型サービス中山間地域等加算回数			所定単位数の 5% 加算		1回につき
A5	6109	通所型サービス若年性認知症受入加算	若年性認知症利用者受入加算		240 単位加算	240	1月につき
A5	6105	通所型サービス同一建物減算1	事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所型サービス(みなし)を行う場合	事業対象者・要支援1	376 単位減算	-376	
A5	6106	通所型サービス同一建物減算2		事業対象者・要支援2	752 単位減算	-752	
A5	5010	通所型生活向上グループ活動加算	ロ 生活機能向上グループ活動加算		100 単位加算	100	
A5	5002	通所型サービス運動器機能向上加算	ハ 運動器機能向上加算		225 単位加算	225	
A5	5003	通所型サービス栄養改善加算	ニ 栄養改善加算		150 単位加算	150	
A5	5004	通所型サービス口腔機能向上加算	ホ 口腔機能向上加算		150 単位加算	150	
A5	5006	通所型複数サービス実施加算Ⅰ1	ヘ 選択的サービス複数実施加算	(1) 選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	運動器機能向上及び栄養改善	480 単位加算	480
A5	5007	通所型複数サービス実施加算Ⅰ2			運動器機能向上及び口腔機能向上	480 単位加算	480
A5	5008	通所型複数サービス実施加算Ⅰ3			栄養改善及び口腔機能向上	480 単位加算	480
A5	5009	通所型複数サービス実施加算Ⅱ		(2) 選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)	運動器機能向上、栄養改善及び口腔機能向上	700 単位加算	700
A5	5005	通所型サービス事業所評価加算	ト 事業所評価加算		120 単位加算	120	
A5	6107	通所型サービス提供体制加算Ⅰ11	チ サービス提供体制強化加算	(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	事業対象者・要支援1	72 単位加算	72
A5	6108	通所型サービス提供体制加算Ⅰ12			事業対象者・要支援2	144 単位加算	144
A5	6101	通所型サービス提供体制加算Ⅰ21		(2) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	事業対象者・要支援1	48 単位加算	48
A5	6102	通所型サービス提供体制加算Ⅰ22			事業対象者・要支援2	96 単位加算	96
A5	6103	通所型サービス提供体制加算Ⅱ1		(3) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	事業対象者・要支援1	24 単位加算	24
A5	6104	通所型サービス提供体制加算Ⅱ2			事業対象者・要支援2	48 単位加算	48
A5	6110	通所型サービス処遇改善加算Ⅰ	リ 介護職員処遇改善加算	(1)介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の 40/1000 加算		
A5	6111	通所型サービス処遇改善加算Ⅱ		(2)介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数の 22/1000 加算		
A5	6113	通所型サービス処遇改善加算Ⅲ		(3)介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	(2)で算定した単位数の 90% 加算		
A5	6115	通所型サービス処遇改善加算Ⅳ		(4)介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	(2)で算定した単位数の 80% 加算		

定員超過の場合

サービスコード 種類 項目	サービス内容略称	算定項目				合成 単位数	算定 単位
A5 8001	通所型サービス1・定超	イ 通所型サービス費 (みなし)	事業対象者・要支援1	1,647 単位	定員超過の場合 × 70%	1,153	1月につき
A5 8002	通所型サービス1日割・定超			54 単位		38	1日につき
A5 8011	通所型サービス2・定超		事業対象者・要支援2	3,377 単位		2,364	1月につき
A5 8012	通所型サービス2日割・定超			111 単位		78	1日につき
A5 8003	通所型サービス1回数・定超		事業対象者・要支援1 ※1月の中で全部で4回まで	378 単位		265	1回につき
A5 8013	通所型サービス2回数・定超		事業対象者・要支援2 ※1月の中で全部で5回から8回まで	389 単位		272	

看護・介護職員が欠員の場合

サービスコード 種類 項目	サービス内容略称	算定項目				合成 単位数	算定 単位
A5 9001	通所型サービス1・人欠	イ 通所型サービス費 (みなし)	事業対象者・要支援1	1,647 単位	看護・介護職員 が欠員の場合 × 70%	1,153	1月につき
A5 9002	通所型サービス1日割・人欠			54 単位		38	1日につき
A5 9011	通所型サービス2・人欠		事業対象者・要支援2	3,377 単位		2,364	1月につき
A5 9012	通所型サービス2日割・人欠			111 単位		78	1日につき
A5 9003	通所型サービス1回数・人欠		事業対象者・要支援1 ※1月の中で全部で4回まで	378 単位		265	1回につき
A5 9013	通所型サービス2回数・人欠		事業対象者・要支援2 ※1月の中で全部で5回から8回まで	389 単位		272	

6 通所型サービス(独自)サービスコード表

サービスコード		サービス内容略称	算定項目				合成 単位数	算定 単位
種類	項目							
A6	1111	通所型独自サービス1	イ 通所型サービス費 (独自)	事業対象者・要支援1		1,647 単位	1,647	1月につき
A6	1112	通所型独自サービス1日割				54 単位	54	1日につき
A6	1121	通所型独自サービス2		事業対象者・要支援2		3,377 単位	3,377	1月につき
A6	1122	通所型独自サービス2日割				111 単位	111	1日につき
A6	1113	通所型独自サービス1回数		事業対象者・要支援1 ※1月の中で全部で4回まで		378 単位	378	1回につき
A6	1123	通所型独自サービス2回数	事業対象者・要支援2 ※1月の中で全部で5回から8回まで			389 単位	389	
A6	8110	通所型独自サービス中山間地域等提供加算		中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算		所定単位数の 5% 加算		1月につき
A6	8111	通所型独自サービス中山間地域等加算日割			所定単位数の 5% 加算		1日につき	
A6	8112	通所型独自サービス中山間地域等加算回数			所定単位数の 5% 加算		1回につき	
A6	6109	通所型独自サービス若年性認知症受入加算	若年性認知症利用者受入加算			240 単位加算	240	1月につき
A6	6105	通所型独自サービス同一建物減算1	事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所型サービス(独自)を行う場合	事業対象者・要支援1	376 単位減算	-376		
A6	6106	通所型独自サービス同一建物減算2		事業対象者・要支援2	752 単位減算	-752		
A6	5010	通所型独自生活向上グループ活動加算	ロ 生活機能向上グループ活動加算			100 単位加算	100	
A6	5002	通所型独自サービス運動器機能向上加算	ハ 運動器機能向上加算			225 単位加算	225	
A6	5003	通所型独自サービス栄養改善加算	ニ 栄養改善加算			150 単位加算	150	
A6	5004	通所型独自サービス口腔機能向上加算	ホ 口腔機能向上加算			150 単位加算	150	
A6	5006	通所型独自複数サービス実施加算Ⅰ1	ヘ 選択的サービス複数実施加算	(1) 選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	運動器機能向上及び栄養改善	480 単位加算	480	
A6	5007	通所型独自複数サービス実施加算Ⅰ2			運動器機能向上及び口腔機能向上	480 単位加算	480	
A6	5008	通所型独自複数サービス実施加算Ⅰ3			栄養改善及び口腔機能向上	480 単位加算	480	
A6	5009	通所型独自複数サービス実施加算Ⅱ			運動器機能向上、栄養改善及び口腔機能向上	700 単位加算	700	
A6	5005	通所型独自サービス事業所評価加算	ト 事業所評価加算			120 単位加算	120	
A6	6107	通所型独自サービス提供体制加算Ⅰ1	チ サービス提供体制強化加算	(1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	事業対象者・要支援1	72 単位加算	72	
A6	6108	通所型独自サービス提供体制加算Ⅰ2			事業対象者・要支援2	144 単位加算	144	
A6	6101	通所型独自サービス提供体制加算Ⅰ21		(2) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	事業対象者・要支援1	48 単位加算	48	
A6	6102	通所型独自サービス提供体制加算Ⅰ22			事業対象者・要支援2	96 単位加算	96	
A6	6103	通所型独自サービス提供体制加算Ⅱ1		(3) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	事業対象者・要支援1	24 単位加算	24	
A6	6104	通所型独自サービス提供体制加算Ⅱ2			事業対象者・要支援2	48 単位加算	48	
A6	6110	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅰ	リ 介護職員処遇改善加算	(1)介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数の 40/1000 加算				
A6	6111	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅱ		(2)介護職員処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位数の 22/1000 加算				
A6	6113	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅲ		(3)介護職員処遇改善加算(Ⅲ) (2)で算定した単位数の 90% 加算				
A6	6115	通所型独自サービス処遇改善加算Ⅳ		(4)介護職員処遇改善加算(Ⅳ) (2)で算定した単位数の 80% 加算				

定員超過の場合

サービスコード 種類 項目	サービス内容略称	算定項目				合成 単位数	算定 単位
A6 8001	通所型独自サービス1・定超	イ 通所型サービス費 (独自)	事業対象者・要支援1	1,647 単位	定員超過の場合 × 70%	1,153	1月につき
A6 8002	通所型独自サービス1日割・定超			54 単位		38	1日につき
A6 8011	通所型独自サービス2・定超		事業対象者・要支援2	3,377 単位		2,364	1月につき
A6 8012	通所型独自サービス2日割・定超			111 単位		78	1日につき
A6 8003	通所型独自サービス1回数・定超		事業対象者・要支援1 ※1月の中で全部で4回まで	378 単位		265	1回につき
A6 8013	通所型独自サービス2回数・定超		事業対象者・要支援2 ※1月の中で全部で5回から8回まで	389 単位		272	

看護・介護職員が欠員の場合

サービスコード 種類 項目	サービス内容略称	算定項目				合成 単位数	算定 単位
A6 9001	通所型独自サービス1・人欠	イ 通所型サービス費 (独自)	事業対象者・要支援1	1,647 単位	看護・介護職員 が欠員の場合 × 70%	1,153	1月につき
A6 9002	通所型独自サービス1日割・人欠			54 単位		38	1日につき
A6 9011	通所型独自サービス2・人欠		事業対象者・要支援2	3,377 単位		2,364	1月につき
A6 9012	通所型独自サービス2日割・人欠			111 単位		78	1日につき
A6 9003	通所型独自サービス1回数・人欠		事業対象者・要支援1 ※1月の中で全部で4回まで	378 単位		265	1回につき
A6 9013	通所型独自サービス2回数・人欠		事業対象者・要支援2 ※1月の中で全部で5回から8回まで	389 単位		272	

※合成単位数については、国が規定する単位数を上限として、市町村が規定する。

7 通所型サービス(独自／定率)サービスコード表

サービスコード		サービス内容略称	算定項目	合成	算定
種類	項目			単位数	単位
A7	1001		事業対象者・要支援1・要支援2		
		§			
A7	1200				

8 通所型サービス(独自／定額)サービスコード表

サービスコード		サービス内容略称	算定項目	合成	算定
種類	項目			単位数	単位
A8	1001		事業対象者・要支援1・要支援2		
		§			
A8	1200				

※網掛け部分については、市町村が規定する。サービスコードの下4桁は1001～1200にすること。

9 その他の生活支援サービス(配食／定率)サービスコード表

サービスコード		サービス内容略称	算定項目	合成	算定
種類	項目			単位数	単位
A9	1001		事業対象者・要支援1・要支援2		
		§			
A9	1200				

10 その他の生活支援サービス(配食／定額)サービスコード表

サービスコード		サービス内容略称	算定項目	合成	算定
種類	項目			単位数	単位
AA	1001		事業対象者・要支援1・要支援2		
		§			
AA	1200				

11 その他の生活支援サービス(見守り／定率)サービスコード表

サービスコード		サービス内容略称	算定項目	合成	算定
種類	項目			単位数	単位
AB	1001		事業対象者・要支援1・要支援2		
		§			
AB	1200				

12 その他の生活支援サービス(見守り／定額)サービスコード表

サービスコード		サービス内容略称	算定項目	合成	算定
種類	項目			単位数	単位
AC	1001		事業対象者・要支援1・要支援2		
		§			
AC	1200				

13 その他の生活支援サービス(その他／定率)サービスコード表

サービスコード		サービス内容略称	算定項目	合成	算定
種類	項目			単位数	単位
AD	1001		事業対象者・要支援1・要支援2		
		§			
AD	1200				

14 その他の生活支援サービス(その他／定額)サービスコード表

サービスコード		サービス内容略称	算定項目	合成	算定
種類	項目			単位数	単位
AE	1001		事業対象者・要支援1・要支援2		
		§			
AE	1200				

※網掛け部分については、市町村が規定する。サービスコードの下4桁は1001～1200にすること。

15 介護予防ケアマネジメントサービスコード表

サービスコード		サービス内容略称	算定項目			合成 単位数	算定 単位
種類	項目						
AF	2111	介護予防ケアマネジメント	イ 介護予防ケアマネジメント費	要支援1・2	430 単位	430	1月につき
AF	4001	介護予防ケア初回加算	ロ 初回加算		300 単位加算	300	
AF	6131	介護予防ケア小規模多機能連携加算	ハ 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算		300 単位加算	300	

※合成単位数については、国が規定する単位数を上限として、市町村が規定する。

○介護予防・日常生活支援総合事業費単位数サービスコードの件数(平成27年4月)

サービス種類	サービスコード 件数
A1 : 訪問型サービス(みなし)	55
A2 : 訪問型サービス(独自)	55
A3 : 訪問型サービス(独自／定率)	200
A4 : 訪問型サービス(独自／定額)	200
A5 : 通所型サービス(みなし)	43
A6 : 通所型サービス(独自)	43
A7 : 通所型サービス(独自／定率)	200
A8 : 通所型サービス(独自／定額)	200
A9 : その他生活支援サービス(配食／定率)	200
AA : その他生活支援サービス(配食／定額)	200
AB : その他生活支援サービス(見守り／定率)	200
AC : その他生活支援サービス(見守り／定額)	200
AD : その他生活支援サービス(その他／定率)	200
AE : その他生活支援サービス(その他／定額)	200
AF : 介護予防ケアマネジメント	3
	2,199

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・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										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																				請求事業者	事業所番号																													
	(フリガナ)氏名																					事業所名称																													
	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																											
	認定有効期間		平成						年						月							日						から		平成		年						月						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		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				公費分回数		公費対象単位数				摘要																														
給付費明細欄 (全所特例対象者)	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																																																		
	③サービス実日数						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																						給付率（/100）																												
	⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥																						保険																												
	⑧公費分単位数																						公費																												
	⑨単位数単価						円／単位								円／単位								円／単位		合計																										
	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																											

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 (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										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																				請求事業者	事業所番号																																					
	(フリガナ)																					事業所名称																																					
	氏名																					所在地		〒																																			
	生年月日		1.明治 2.大正 3.昭和												性別		1.男 2.女					所在地																																					
	要支援状態区分		要支援1・要支援2																			所在地																																					
認定有効期間		平成				年				月				日		から		平成				年				月				日		まで		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				公費分回数		公費対象単位数				摘要																																						
給付費明細欄(住所特例対象者)	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																																																										
	③サービス実日数						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																				給付率 (/100)																																						
	⑧公費分単位数																				保険																																						
	⑨単位数単価						円／単位								円／単位				円／単位				合計																																				
	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																																			

變更

保険者番号				保険者名			
被保険者番号				被保険者氏名			
							フリガナ
生年月日				性別		要支援・要介護状態区分等	
明・大・昭 年 月 日				男・女		事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	
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			
単位／月				平成		～	平成
				年 月			年 月

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

居宅介護／介護予防 支援事業所番号					
----------------------	--	--	--	--	--

担当介護支援専門員番号

居宅介護／介護予防
支援事業者の事業所名

支援事業者の
事業所所在地及び連絡先

[illegible]

場合	介護支援専門員番号					
----	-----------	--	--	--	--	--

[illegible][illegible]

新規

平成		年		月分
----	--	---	--	----

介護予防・日常生活支援総合事業費
請求書

保 險 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													

事業費請求

区分	サービス費用					
	件数	単位数	費用合計	事業費 請求額	公費 請求額	利用者負担
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						
介護予防ケアマネジメント費						
合 計						

公費請求

区 分		サービス費用			
		件数	単位数	費用合計	公費請求額
12	生 保 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				
	生 保 介護予防ケアマネジメント費				
81	被爆者助成				
58	障害者・支援措置（全額免除）				
25	中国残留邦人等				
合 計					

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										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										請求事業者										事業所番号									
	(フリガナ)																				事業所名称									
	氏名																				〒									
	生年月日																				所在地									
	要支援状態区分等										連絡先																			
認定有効期間										電話番号																				

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										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
-------	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---	-------	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

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	

事業費明細欄 (住所 対象者) 特別	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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
--------	--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	枚中		枚目
--	----	--	----

本資料の例 1～例 8 については、1 人の受給者に対しての「サービス利用票別表」「給付管理票」「請求明細書」が
一組で 1 つの例となっている。

＜注意＞

記載例における各サービスコードの単位数及び単位数単価はあくまで例であり実際の単位数及び単位数
単価と異なる場合があることに留意すること。

頁	項目	例		種別 (※)	説明
5	介護予防・ 日常生活支援 総合事業	例 1	例 1-1	別表	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
6			例 1-2	給	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
7			例 1-3	請	要支援者がみなしサービスを受けた場合の請求明細書
8			例 1-4	請	要支援者が予防サービスを受けた場合の請求明細書
9		例 2	例 2-1	別表	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
10			例 2-2	給	事業対象者が保険者独自（定率）サービスを受けた場合の給付管理票
11			例 2-3	請	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）
12		例 3	例 3-1	別表	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
13			例 3-2	給	事業対象者が保険者独自（定率）サービスを受けた場合の給付管理票
14			例 3-3	請	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）
15		例 4	例 4-1	別表	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
16			例 4-2	給	事業対象者が保険者独自（定額）サービスを受けた場合の給付管理票
17			例 4-3	請	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
18		例 5	例 5-1	別表	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）
19			例 5-2	給	事業対象者が保険者独自（定率）サービスを受けた場合の給付管理票（計画単位数を超過した場合）
20			例 5-3	請	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）
21		例 6	例 6-1	別表	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（計画単位数を超過した場合）
22			例 6-2	給	事業対象者が保険者独自（定額）サービスを受けた場合の給付管理票（計画単位数を超過した場合）
23			例 6-3	請	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）
24		例 7	例 7-1	別表	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
25	例 7-2		給	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給付管理票	
26	例 7-3		請	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	

※種別については以下の通りとする

別表…サービス利用票別表 給……給付管理票 請……請求明細書

頁	項目	例		種別 (※)	説明
27	介護予防・ 日常生活支援 総合事業	例8	例8-1	別表	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
28			例8-2	給	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給付管理票
29			例8-3	請	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
30		例9	例9-1	別表	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）
31			例9-2	給	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）
32			例9-3	請	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）
33		例10	例10-1	別表	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）
34			例10-2	給	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（一部公費負担、1明細書内の給付率が異なる場合）
35			例10-3	請	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（一部公費負担、1明細書内の給付率が異なる場合）
36		例11	例11-1	別表	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）
37			例11-2	給	事業対象者が訪問型サービス（独自／定額）を受けた場合の給付管理票（全て公費負担の場合）
38			例11-3	請	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）
39		例12	例12-1	別表	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）
40			例12-2	給	事業対象者が訪問型サービス（独自／定額）を受けた場合の給付管理票（一部公費負担の場合）
41			例12-3	請	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）
42		例13	例13-1	別表	要支援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（生保単独受給者、1明細書内の給付率が異なる場合）
43			例13-2	給	要支援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（生保単独受給者、1明細書内の給付率が異なる場合）
44			例13-3	請	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）
45		例14	例14-1	別表	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）
46			例14-2	給	要支援者が訪問型サービス（独自／定額）を受けた場合の給付管理票（生保単独受給者の場合）
47			例14-3	請	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）
48		例15	例15-1	別表	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）
49			例15-2	給	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）
50			例15-3	請	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、限度額オーバー）

※種別については以下の通りとする

別表…サービス利用票別表 給……給付管理票 請……請求明細書

頁	項目	例		種別 (※)	説明
5 1	介護予防・ 日常生活支援 総合事業	例 1 6	例 1 6 - 1	別表	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)
5 2			例 1 6 - 2	給	事業対象者が訪問型サービス(独自／定額)を受けた場合の給付管理票(全て公費負担の場合、限度額オーバー)
5 3			例 1 6 - 3	請	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、限度額オーバー)
5 4		月途中での要介護状態区分等を変更した場合		-	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
5 5	住所地特例	例 1 7		請	住所地特例対象者が保険者独自サービスを受けた場合の請求明細書
5 6		例 1 8		請	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明細書
5 7		例 1 9		請	地域密着型サービス(月定額でない)の請求明細書(月途中住所地特例適用の場合)
5 8		例 2 0		請	地域密着型サービス(月定額)の請求明細書(月途中住所地特例適用の場合)
5 9		例 2 1		請	地域密着型サービス(月定額・日割り)の請求明細書(月途中住所地特例適用の場合)
6 0		例 2 2		請	地域密着型サービス(月定額・日割り・公費あり)の請求明細書(月途中住所地特例適用の場合)
6 1		例 2 3		請	総合事業サービス(月定額でない)の請求明細書(月途中住所地特例適用の場合)
6 2		例 2 4		請	総合事業サービス(月定額)の請求明細書(月途中住所地特例適用の場合)
6 3		例 2 5		請	総合事業サービス(月定額・日割り・公費あり)の請求明細書(月途中住所地特例適用の場合)
6 4		例 2 6		請	総合事業サービス(月定額)の請求明細書(月途中住所地特例適用の場合)
6 5	二割負担	例 2 7		請	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
6 6		例 2 8		請	二割負担対象者が出来高サービスを受けた場合の請求明細書
6 7		例 2 9		請	二割負担対象者が給付制限となった場合の請求明細書
6 8		例 3 0		請	二割負担対象者が給付減免の対象となった場合の請求明細書
6 9		例 3 1		請	二割負担対象者がみなしサービスを受けた場合の請求明細書
7 0		例 3 2		請	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明細書
7 1	報酬改定	例 3 3	例 3 3 - 1	別表	短期入所生活介護において入所日から30日を超えて算定する場合のサービス利用票別表
7 2			例 3 3 - 2	給	短期入所生活介護において入所日から30日を超えて算定する場合の給付管理票
7 3			例 3 3 - 3	請	短期入所生活介護において入所日から30日を超えて算定する場合の請求明細書

※種別については以下の通りとする

別表…サービス利用票別表 給……給付管理票 請……請求明細書

頁	項目	例	種別 (※)	説明
74	報酬改定	例34	例34-1 別表	区分支給限度額を超えた際にサービス提供体制強化加算（1日につき）を算定する場合のサービス利用票別表
75			例34-2 給	区分支給限度額を超えた際にサービス提供体制強化加算（1日につき）を算定する場合の給付管理票
76			例34-3 請	区分支給限度額を超えた際にサービス提供体制強化加算（1日につき）を算定する場合の請求明細書
77		例35	例35-1 別表	区分支給限度額を超えた際にサービス提供体制強化加算（1月につき）を算定する場合のサービス利用票別表
78			例35-2 給	区分支給限度額を超えた際にサービス提供体制強化加算（1月につき）を算定する場合の給付管理票
79			例35-3 請	区分支給限度額を超えた際にサービス提供体制強化加算（1月につき）を算定する場合の請求明細書
80		例36	例36-1 別表	区分支給限度額を超えた際にサービス提供体制強化加算（1回につき）を算定する場合のサービス利用票別表
81			例36-2 給	区分支給限度額を超えた際にサービス提供体制強化加算（1回につき）を算定する場合の給付管理票
82			例36-3 請	区分支給限度額を超えた際にサービス提供体制強化加算（1回につき）を算定する場合の請求明細書
83		-	請	介護療養施設サービスの摘要欄に記載する医科診療報酬における診断群分類（DPC）コードについて

※種別については以下の通りとする

別表…サービス利用票別表 給……給付管理票 請……請求明細書

サービス利用票別表の記載例

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

[illegible]

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

様式第十一（附則第二条関係）

給付管理票（平成27年 4月分）

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

保険者番号										保険者名		
		9	0	1	0	1	0	□□市				
被保険者番号										被保険者氏名		
0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	フリガナ カイゴ 仔叻 介護 一郎		
生年月日							性別	要支援・要介護状態区分等				
明・大 昭 5 年 7 月 7 日							男・女	事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5				
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					
5,003 単位／月							平成 27 年 4 月	～	平成 28 年 3 月			

[illegible]

居宅サービス・介護予防サービス・総合事業																				
サービス事業者の 事業所名	事業所番号 (県番号－事業所番号)									指定／基準該当／ 地域密着型 サービス/ 総合事業識別	サービス 種類名	サービス 種類コード		給付計画単位数						
〇〇事業所	9	0	7	0	1	0	0	0	1	0	指定・基準該当・ <u>地域密着・ 総合事業</u>	訪問型サービス (みなし)	A	1	1	4	2	6		
△△事業所	9	0	6	0	0	0	0	0	6	0	指定・基準該当・ <u>地域密着・ 総合事業</u>	介護予防訪問看護	6	3	2	5	4	4		
											指定・基準認									
											指地 総合事業									
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
											要支援１の区分支給限度基準額（５，００３単位）を超える場合、返戻とする									
											総合事業									
												合計					3	9	7	0

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]

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											
	(フリガナ)	カゴ 伊助											
	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				
		0 5 年	0 7 月	0 7 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	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□□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

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	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》

$$1,426 \text{ 単位} \times 10.35 \text{ 円} = 14,759.1$$

≡ 14,759 円

$$14,759 \text{ 円} \times 90\% = 13,283.1$$

≐ 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

$$1,426 \text{ 単位} \times 10.35 \text{ 円} = 14,759.1$$

= 14,759 円

$$14,759 \text{ 円} - 13,283 = 1,476 \text{ 円}$$

※《》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 (1/100)				
事業			9	0
公費				
合計				
1	3	2	8	3
	1	4	7	6
				0
				0

	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支援・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27年04月分																	
公費受給者番号										保険者番号 901010																	
被保険者	被保険者番号	0000001010										請求事業者	事業所番号	9060000060													
	(フリガナ)	カコ イチロ											事業所名称	△△事業所													
	氏名	介護 一郎											所在地	〒999-9999 〇〇県〇〇市△△町6-6-6													
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和				性別	1.男 2.女																				
	05年07月07日																										
	要支援状態区分	要支援1 要支援2																									
認定有効期間	平成27年04月01日から 平成28年03月31日まで										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	90000010001															
		事業所名称 ●●地域包括支援センター																									
開始年月日	平成27年04月01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																
	予防看Ⅰ1	631010				318	8	2544																			
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	63		介護予防訪問看護																							
	③サービス実日数	8		日																							
	④計画単位数			2544																							
	⑤限度額管理対象単位数			2544																							
	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			2544																							
	⑧公費分単位数			0																							
	⑨単位数単価	1035		円／単位																							
	⑩保険請求額	23697																									
	⑪利用者負担額	2633																									
	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		

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

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

[illegible]

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

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	}	区分支給限度基準額を越える単位数	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

様式第十一（附則第二条関係）

記載例 2-2

事業対象者が保険者独自（定率）サービスを受けた場合の給付管理票

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 0 1										□□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 1 1 1										フリガナ カイコ タロウ 介護 太郎										居宅介護／介護予防 支援事業所番号						9 0 0 0 0 2 0 0 2 0													
生年月日										性別		要支援・要介護状態区分等										担当介護支援専門員番号						9 0 0 0 0 1 1 1											
明・大 昭 5年 5月 5日										男・女		事業対象者 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5										居宅介護／介護予防 支援事業者の事業所名						●●地域包括支援センター											
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										支援事業者の 事業所所在地及び連絡先						099-999-9999													
5,003 単位／月										平成						平成				委託した 介護支援専門員番号																			
27年 4月												～				年 月																							
事業対象者の場合、支給限度基準額に要支援1の額を記載する										事業対象者の場合、限度額適用期間（終了年月）がない場合、空欄とする																													
サービス事業者の 事業所名										事業所番号 (県番号－事業所番号)										指定／基準該当／ 地域密着型 サービス／ 総合事業識別				サービス 種類名				サービス 種類コード				給付計画単位数							
〇〇事業所										9 0 A 0 1 0 0 0 1 0										指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業				訪問型サービス (独自／定率)				A 3				1 3 0 0							
総合事業のサービスを記載する場合、 「総合事業」を選択する																				指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業																			
																				指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業																			
																				指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業																			
																				指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業																			
																				指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業																			
																				指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業																			
																				指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業																			
																				指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業																			
																				指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業																			
																				指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業																			
																				指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業																			
																				指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業																			
																				指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業																			
																				指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業																			
																				指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業																			
																				事業対象者に対して、給付管理を行う場合、要支援1の 区分支給限度基準額(5,003単位)を目安としているが、市町村が定める支給限度基準額(要支援2の区分支給限度基準 額(10,473単位)以下の額)を超える場合、返戻とする																			
総合事業																																							
																				合計												1 3 0 0							

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	(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)					
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)	カコ 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	〒	9	9	9	—	9	9	9	9		
		〇〇県□□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 名称	●●地域包括支援センター
	事業所 番号	9	0	0	0	0	2	0	0	2		

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	3	◇	◇	◇		1	1	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
□□サービス 2	A	3	■	■	■	1	0	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

[illegible]

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)			
			8		日			
	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

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

保険者独自 (定率)

サービスの場合、
給付率は記載しない

※《》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
--	----	--	----

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

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	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	

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。

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。

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

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	

記載例 3-2

事業対象者が保険者独自（定率）サービスを受けた場合の給付管理票

[illegible]

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	(同一サービス種類内で給付率が複数存在する場合)					
	保険者番号	9	0	1	0	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)	カコ 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				
	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	〒	9	9	9	－	9	9	9	9		
		〇〇県□□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

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 3 □ □ □ □	2 0 0	5	1 0 0 0			
	□□サービス 2	A 3 ■ ■ ■ ■	1 0 0	3	3 0 0			(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

・ 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 (住所地利 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

[illegible]

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

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

[illegible]

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
				合

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。

					<table><tr><td>区分支給限度基準</td><td>区分支給限度</td></tr><tr><td>を超える単位数</td><td>基準内単位数</td></tr><tr><td>～</td><td>～</td></tr><tr><td></td><td>5,200</td></tr></table>	区分支給限度基準	区分支給限度	を超える単位数	基準内単位数	～	～		5,200	～
区分支給限度基準	区分支給限度													
を超える単位数	基準内単位数													
～	～													
	5,200													
区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計	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。

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

記載例 4-2

事業対象者が保険者独自（定額）サービスを受けた場合の給付管理票

給付管理票（平成27年 4月分）

[illegible]

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)

[illegible]

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)	カイコ 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			
		0	5	年	0	6	月					0
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□□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

[illegible]

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

事業費明細欄

・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

事業費明細欄 (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	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

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

4	7	3	4	9
---	---	---	---	---

4	4	0	1
---	---	---	---

				0
--	--	--	--	---

0.01 0.002 0.004 0.006 0.008 0.010 0.012 0.014 0.016 0.018 0.020 0.022 0.024 0.026 0.028 0.030 0.032 0.034 0.036 0.038 0.040 0.042 0.044 0.046 0.048 0.050 0.052 0.054 0.056 0.058 0.060 0.062 0.064 0.066 0.068 0.070 0.072 0.074 0.076 0.078 0.080 0.082 0.084 0.086 0.088 0.090 0.092 0.094 0.096 0.098 1.000	0
--	---

	枚中		枚目
--	----	--	----

サービス利用票別表の記載例

- 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）

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。

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

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

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

～	～
---	---

要介護認定期間中の短期入所利用日数

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

～	～
---	---

様式第十一（附則第二条関係）

給付管理票（平成27年 4月分）

記載例 5-2

事業対象者が保険者独自（定率）サービスを受けた場合の給付管理票
（計画単位数を超過した場合）

[illegible]

様式第二の三（附則第○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）

[illegible]

平成		(計画単位数を超過した場合)					
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)	カコ 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		7	7	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	〒	9	9	9	—	9	9	9	9		
	連絡先	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×⑩単位数単価》×給付率》										

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					
□□サービス 1	A	3	□	□	□	4	0	1	5	2	0	0	5
□□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 (住所地利 対象者)	サー	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	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 (独自)							
③サービス実日数	1 0	日		日		日		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

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
		4	1	4
				3
				0
				0

	枚中		枚目
--	----	--	----

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、利用者負担額は以下のとおり

区分支給限度基準額(單位): 10.473單位

◇◇サービス2 A4◆◆◆◆：1回につき401単位、1回あたりの利用者負担額777円

◇◇サービス3 A4◆◆◆◇：1回につき871単位、1回あたりの利用者負担額871円

記載例 6 - 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
（計画単位数を超過した場合）

記載例 6 - 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
（計画単位数を超過した場合）

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

[illegible]

種類別支給限度/

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。)

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 を越える単位数	区分支給限度 基準内単位数
					～	～

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を超える単位数	区分支給限度基準内単位数
				～	～
				527	10,477

区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計	11,000	～	
---------------	-------	----	--------	---	--

様式第十一（附則第二条関係）

給付管理票（平成27年 4月分）

記載例 6-2

事業対象者が保険者独自（定額）サービスを受けた場合の給付管理票
（計画単位数を超過した場合）

[illegible]

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)

[illegible]

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 ハナ										
	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
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□□市△△町 2-2-2									
連絡先	2 行目のサービス (A4◆◆◆◆) で超過した単位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＝										

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
-----------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------

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				
	◇◇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 (住所地利 対象者)	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	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	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＝

$$\begin{aligned} & \text{《⑦給付単位数} \times \text{⑨単位数単価》} - \text{⑪利用者負担額} \\ & 3,505 \text{ 単位} \times 10.35 \text{ 円} = 36,276.75 \\ & \qquad \qquad \qquad \approx 36,276 \text{ 円} \\ & 36,276 \text{ 円} - 4,976 \text{ 円} = 31,300 \text{ 円} \end{aligned}$$

※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

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 (全額負担分)
					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

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	

様式第十一（附則第二条関係）

記載例 7-2

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給付管理票

給付管理票（平成27年 4月分）

[illegible]

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	〒9999-9999 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			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
	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		

・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

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

(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

事業費明細欄 (住所地利特例対象者)	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

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	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 (全額負担分)
					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)			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

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	

記載例 8-2

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給付管理票

保険者番号										保険者名			
		9	0	1	0	1	0	□□市					
被保険者番号										被保険者氏名			
0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	フリガナ	カ仁 ^ス	ハコ	
										介護 花子			
生年月日										性別			
明・大 昭										要支援・要介護状態区分等			
5年 6月 6日										男 女			
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										事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			
限度額適用期間													
5,003 単位／月										平成			
										27年 4月		～	平成
										年 月			

[illegible]

– 28 –

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										
	所在地										
連絡											

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
		2	6	7	5
					0
					0

サービス利用票別表の記載例

- 要支援・要介護状態区分等：事業対象者

□□サービス3 A3XXX3 : 1回につき200単位、給付率95%

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）

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。

[illegible]

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。

区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計	5,200	~	<table border="1"> <tr> <td>区分支給限度基準額を越える単位数</td> <td>区分支給限度基準内単位数</td> </tr> <tr> <td>~</td> <td>~</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5,200</td> </tr> </table>	区分支給限度基準額を越える単位数	区分支給限度基準内単位数	~	~		5,200
区分支給限度基準額を越える単位数	区分支給限度基準内単位数										
~	~										
	5,200										

区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計	11,000	～	<table border="1"> <tr> <th>区分支給限度基準を越える単位数</th> <th>区分支給限度基準内単位数</th> </tr> <tr> <td>～</td> <td>～</td> </tr> <tr> <td>527</td> <td>10,473</td> </tr> </table>	区分支給限度基準を越える単位数	区分支給限度基準内単位数	～	～	527	10,473
区分支給限度基準を越える単位数	区分支給限度基準内単位数										
～	～										
527	10,473										

公費適用後
利用者負担 保険／事業対象分 1,139円 ⇒ 0円

様式第十一（附則第二条関係）

給付管理票（平成27年 4月分）

記載例 9-2

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）

保険者番号										保険者名		
		9	0	1	0	1	0	□□市				
被保険者番号										被保険者氏名		
0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	フリガナ	カイコ	ハコ
										介護 花子		
生年月日								性別		要支援・要介護状態区分等		
明・大・ 昭 5年 6月 6日								男・ 女		事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
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				
5,003 単位／月								平成 27年 4月		～	平成 年 月	

作成区分															
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															
居宅介護／介護予防支援事業所番号				9	0	0	0	0	1	0	0	0	1		
担当介護支援専門員番号				9	0	0	0	0	0	1	1				
居宅介護／介護予防支援事業者の事業所名								●●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							
委託した場合	委託先の支援事業所番号														
	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																		
サービス事業者の 事業所名	事業所番号 (県番号ー事業所番号)										指定／基準該当／ 地域密着型 サービス／ 総合事業識別	サービス 種類名	サービス 種類コード		給付計画単位数			
	9	0	A	0	1	0	0	0	4	0								
〇〇事業所	9	0	A	0	1	0	0	0	4	0	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	訪問型サービス (独自／定率)	A	3	1	3	0	0
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
												合計			1	3	0	0

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 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	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2		
	(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
		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	事業番号	0										
	事業名称											
	所在地											
連絡先	電話番号											

(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

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
-----------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-----------	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

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
	□□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

事業費明細欄 （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

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

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）					
	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
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（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。

[illegible]

区分支給限度基準額(単位)	5,003	合計	11,000	～	<table border="1"> <tr> <td>区分支給限度基準を超える単位数</td><td>区分支給限度基準内単位数</td></tr> <tr> <td>～</td><td>～</td></tr> <tr> <td>527</td><td>10,473</td></tr> </table>	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	～
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 1,139円 ⇒ 517円

様式第十一（附則第二条関係）

給付管理票（平成27年 4月分）

記載例 10-2

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（一部公費負担、1明細書内の給付率が異なる場合）

保険者番号										保険者名	
		9	0	1	0	1	0	□□市			
被保険者番号										被保険者氏名	
0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	フリガナ	カゴ ハコ
										介護 花子	
生年月日								性別	要支援・要介護状態区分等		
明・大・ 昭 5年 6月 6日								男・ 女	事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
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			
5,003 単位／月								平成 27年 4月	～	平成 年 月	

[illegible]

居宅サービス・介護予防サービス・総合事業																		
サービス事業者の 事業所名	事業所番号 (県番号－事業所番号)										指定／基準該当／ 地域密着型 サービス／ 総合事業識別	サービス 種類名	サービス 種類コード	給付計画単位数				
〇〇事業所	9	0	A	0	1	0	0	0	4	0	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	訪問型サービス (独自／定率)	A	3	1	3	0	0
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											合計				1	3	0	0

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
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	

(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

$$\begin{aligned} & \text{明細情報ごとの公費請求額} = \\ & \quad \langle \langle \text{公費対象単位数} \times \text{⑨単位数単価} \rangle \rangle \\ & \quad \times (\text{公費給付率} - \text{給付率}) \rangle \end{aligned}$$

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 日 中正年月日 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	
□□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

事業費明細欄 (住所 地特 例 対 象 者)	サービス内容	サービスコード		単位数

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)				
	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 A4XX1：1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）

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

[illegible]

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。

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

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

様式第十一（附則第二条関係）

記載例 1 1 - 2

事業対象者が訪問型サービス（独自／定額）を受けた場合の給付管理票（全て公費負担の場合）

給付管理票（平成27年 4月分）

保険者番号										保険者名		
		9	0	1	0	1	0	□□市				
被保険者番号										被保険者氏名		
0	0	0	0	0	0	2	2	2	2	フリガナ	カゴ	ハコ
										介護 花子		
生年月日							性別		要支援・要介護状態区分等			
明・大・昭 5 年 6 月 6 日							男・女		事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			
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					
5,003 単位／月							平成 27 年 4 月		～	平成 年 月		

作成区分													
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													
居宅介護／介護予防 支援事業所番号				9	0	0	0	0	1	0	0	0	1
担当介護支援専門員番号				9	0	0	0	0	0	0	1	1	
居宅介護／介護予防 支援事業者の事業所名				●●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									
委託した 場合	委託先の支援事業所番号												
	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																		
サービス事業者の 事業所名	事業所番号 (県番号－事業所番号)										指定／基準該当／ 地域密着型 サービス／ 総合事業識別	サービス 種類名	サービス 種類コード		給付計画単位数			
〇〇事業所	9	0	A	0	1	0	0	0	4	0	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	訪問型サービス (独自／定額)	A	4	5	0	0	0
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											合計			5	0	0	0	

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 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）

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	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 2 2 2 2											
	(フリガナ)	カノ 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
	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		

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

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

事業費明細欄 (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	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 0
	⑤限度額管理対象単位数	5	0 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 0
	⑧公費分単位数	5	0 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

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	
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2 A4XX4：1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 2 - 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）

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

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 × 回数に記載する。
3行目：1、2行目の利用者負担 の合計に記載する。

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

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

記載例 1 2 - 2
事業対象者が訪問型サービス（独自／定額）を受けた場合の給付管理票（一部公費負担の場合）

給付管理票（平成 27 年 4 月分）

保険者番号												保険者名											
901010												□□市											
被保険者番号												被保険者氏名											
0000002222												フリガナ カイコ ハコ 介護 花子											
生年月日						性別		要支援・要介護状態区分等															
明・大・昭 5年 6月 6日						男・女		事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5															
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																	
5,003 単位／月						平成 27 年 4 月		～		平成 年 月													

作成区分											
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											
居宅介護／介護予防 支援事業所番号						9000010001					
担当介護支援専門員番号						900000011					
居宅介護／介護予防 支援事業者の事業所名						●●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					
委託 した 場合		委託先の支援事業所番号									
		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																			
サービス事業者の 事業所名		事業所番号 (県番号－事業所番号)								指定／基準該当／ 地域密着型 サービス／ 総合事業識別		サービス 種類名		サービス 種類コード		給付計画単位数			
〇〇事業所		9070100050								指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業		訪問型サービス (独自／定額)		A 4		5000			
										指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
										指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
										指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
										指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
										指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
										指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
										指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
										指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
										指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
										指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
										指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
										指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
										指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
										指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
										指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
										指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
合計														5000					

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 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	被保険者番号	0	0	0	0	0	2	2	2	2	
	(フリガナ)	カゴ ハナコ									
	氏名	介護 花子									
	生年月日										
	要支援 状態区分										
	認定有効期間										
介護予防サービス計画											

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	〒 〇 〇 〇 - 〇 〇 〇 〇									
住所										
電話番号										
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 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 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

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、給付率は以下のとおり

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 1 3 - 1

要支援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（生保単独受給者、1 明細書内の
給付率が異なる場合）

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

[illegible]

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

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 13,455円 ⇒ 0円

様式第十一（附則第二条関係）

記載例 1 3 - 2

要支援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（生保単独受給者、1明細書内の
給付率が異なる場合）

給付管理票（平成27年 4月分）

保険者番号										保険者名			
		9	0	1	0	1	0					□□市	
被保険者番号										被保険者氏名			
H	0	0	0	0	0	3	3	3	3	フリガナ	カイコ	ハエ	
										介護 花江			
生年月日								性別		要支援・要介護状態区分等			
明・大・ 昭 30年 6月 6日								男・ 女		事業対象者 要支援1・ 2 要介護1・2・3・4・5			
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					
5,003 単位／月								平成 27年 4月		～	平成 年 月		

[illegible]

居宅サービス・介護予防サービス・総合事業																		
サービス事業者の 事業所名	事業所番号 (県番号－事業所番号)										指定／基準該当／ 地域密着型 サービス／ 総合事業識別	サービス 種類名	サービス 種類コード		給付計画単位数			
〇〇事業所	9	0	A	0	1	0	0	0	4	0	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	訪問型サービス (独自／定率)	A	3	1	3	0	0
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											合計			1	3	0	0	

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 1 3-3

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	9	0	1	0	1	0
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 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	A3X X X 3	2 0 0	5	1 0 0 0	5	1 0 0 0	
〇〇サービス4	A3X 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

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		0					
⑪利用者負担額		0					
⑫公費請求額	1 3 4 5 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 1 0 0
合計

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

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(單位): 10,473單位

◇◇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）

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

[illegible]

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
-----------	-----------	--------

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

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 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）

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			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	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

給付率（/100）

事業

公費 1 0 0

合計

0

0

5 1 7 5 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、「□」「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、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）

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 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			(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。																			
					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

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	～	区分支給限度基準額を越える単位数	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。

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

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。

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。

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

様式第十一（附則第二条関係）

給付管理票（平成 27 年 4 月分）

記載例 15-2

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）

保険者番号										保険者名											
9 0 1 0 1 0										□□市											
被保険者番号										被保険者氏名											
0 0 0 0 0 0 2 2 2 2										フリガナ カイコ ハコ 介護 花子											
生年月日										性別		要支援・要介護状態区分等									
明・大・昭 5 年 6 月 6 日										男・女		事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5									
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											
5,003 単位／月										平成 27 年 4 月		～		平成 年 月							

作成区分										
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										
居宅介護／介護予防 支援事業所番号		9 0 0 0 0 1 0 0 0 1								
担当介護支援専門員番号		9 0 0 0 0 0 1 1								
居宅介護／介護予防 支援事業者の事業所名		●●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								
委託 した 場合	委託先の支援事業所番号									
	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																		
サービス事業者の 事業所名	事業所番号 (県番号－事業所番号)										指定／基準該当／ 地域密着型 サービス／ 総合事業識別	サービス 種類名	サービス 種類コード		給付計画単位数			
	9	0	A	0	1	0	0	0	4	0					1	1	0	0
〇〇事業所	9	0	A	0	1	0	0	0	4	0	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	訪問型サービス (独自／定率)	A	3	1	1	0	0
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
												合計			1	1	0	0

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

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)	カイゴ ハコ								

事業所

0 0 1 0 0 0 4 0

（参考）明細情報（1 行目）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

※《》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 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

年月日 0 1 日 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
	□□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	
事業費明細欄 （住所 地特例 対象者）	・ 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							

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

請求額集計欄	①サービス種類コード ／②名称	A 3	サービス （定率）				
	③サービス実日数	8	日				
	④計画単位数	1	1	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	1	0	0	
	⑧公費分単位数		1	1	0	0	
	⑨単位数単価	1	0	3	5	円／単位	
	⑩事業費請求額		1	0	6	6	0
	⑪利用者負担額					0	
	⑫公費請求額			7	2	5	
	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
9,832 円＋828 円＝10,660 円

2. 公費請求額を求める（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	1	0	0	
合計	1	0	6	6
			0	
			0	
		7	2	5
				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。)

区分支給限度基準内単位数
利用者負担額を考慮し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。

$$1 \text{ 行目: } \left(\frac{1 \text{ 回目の利用者負担額}}{1 \text{ 回あたりの単位数}} \right) \left(\frac{414 \text{ 円}}{400 \text{ 単位}} \right) = 1.035$$

$$2\text{行目:} \left(\frac{1\text{回目の利用者負担額}}{1\text{回あたりの単位数}} \right) \left(\frac{777\text{円}}{1,000\text{単位}} \right) = 0.777$$

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。

$$\left\langle \frac{\text{1回あたりの利用者負担額}}{\text{1回あたりの単位数}} \times (\text{サービス単位数} - \text{超過分の単位数}) \right\rangle$$

$$\left[\frac{414\text{円}}{400\text{単位}} \right] \times (2,000\text{単位} - 1,000\text{単位})$$

$$= 1,035\text{円}$$

2行目：定額利用者負担単価全額×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。

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。

					<table><tr><td>区分支給限度基準</td><td>区分支給限度</td></tr><tr><td>を超える単位数</td><td>基準内単位数</td></tr><tr><td>～</td><td>～</td></tr><tr><td></td><td>5,200</td></tr></table>	区分支給限度基準	区分支給限度	を超える単位数	基準内単位数	～	～		5,200
区分支給限度基準	区分支給限度												
を超える単位数	基準内単位数												
～	～												
	5,200												
区分支給限度 基準額(単位)	5,003	合計	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	区分支給限度基準額を越える単位数	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

様式第十一（附則第二条関係）

給付管理票（平成 27 年 4 月分）

記載例 16-2
事業対象者が訪問型サービス（独自／定額）を受けた場合の給付管理票（全て公費負担の場合、限度額オーバー）

保険者番号										保険者名											
901010										□□市											
被保険者番号										被保険者氏名											
0000002222										フリガナ カイコ ハコ 介護 花子											
生年月日										性別		要支援・要介護状態区分等									
明・大・昭 5年 6月 6日										男・女		事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5									
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											
5,003 単位／月										平成 27 年 4 月		～		平成 年 月							

作成区分										
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										
居宅介護／介護予防 支援事業所番号		9000010001								
担当介護支援専門員番号		900000011								
居宅介護／介護予防 支援事業者の事業所名		●●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								
委託 した 場合	委託先の支援事業所番号									
	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																		
サービス事業者の 事業所名	事業所番号 (県番号－事業所番号)										指定／基準該当／ 地域密着型 サービス／ 総合事業識別	サービス 種類名	サービス 種類コード		給付計画単位数			
〇〇事業所	9	0	A	0	1	0	0	0	4	0	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	訪問型サービス (独自／定額)	A	4	4	0	0	0
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
												合計			4	0	0	0

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 1 6-3

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、限度額オーバー）

平成

保険者番号

9 0 1 0 1 0

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	

〇〇事業所

〒 9 9 9 - 9 9 9 9

〇〇県〇〇市△△町 2-2-2

（参考）明細情報（2行目）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×回数

2行目 ◇◇サービス2（A4XXX2）

777円×3回＝2,331円

負担割合の多い1行目のサービス（A4XXX1）で超過した単位数の調整を行う
（参考）1行目のサービス（A4XXX1）のサービス単位数から、超過した1000単位を減算した単位数より明細情報ごとの公費請求額を求める

$$\left\langle \frac{1 \text{ 回あたりの利用者負担額}}{1 \text{ 回あたりの単位数}} \times (\text{サービス単位数} - \text{超過分の単位数}) \right\rangle$$

1行目 ◇◇サービス1（A4XXX1）

$$\left(\frac{414 \text{ 円}}{400 \text{ 単位}} \right) \times (2,000 \text{ 単位} - 1,000 \text{ 単位}) = 1,035 \text{ 円}$$

※まず1単位あたりの公費請求額を求め、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

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	
事業費明細欄							
・ 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							

計画単位数が4,000単位に対して、
5,000単位実施し計画単位数を
1,000単位超過している

①サービス種類コード／②名称	A	型サービス（独自／定額）
③サービス実日数	8	
④計画単位数	4 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	4 0 0 0	
⑧公費分単位数	4 0 0 0	
⑨単位数単価	1 0 3 5 円／単位	
⑩事業費請求額	3 8 0 3 4	
⑪利用者負担額		0
⑫公費請求額	3 3 6 6	
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
1,035円＋2,331円＝3,366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
4,000単位×10.35円＝41,400円
41,400円－3,366円＝38,034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
合計			
	3	8	0 3 4
			0
	3	3	6 6
			0

枚中 枚目

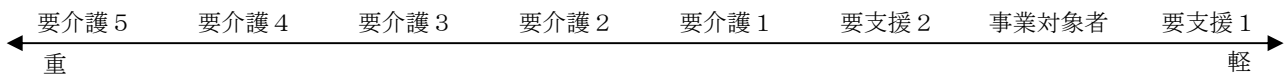
月途中で要支援・要介護状態区分等を変更した場合の請求明細書等記載の整理

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。

No		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)
		(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。



様式第二の三（附則第〇条関係）

記載例 17

保険者独自サービスの請求
(住所地特例対象者の場合)

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

被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
(フリガナ)	カゴゝ コーロ									
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

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	ー	9	9	9	9	

請求者	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											
	事業所番号	9	0	0	0	0	2	0	0	0	2	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、住所地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							

[illegible]

請求額集計欄	①サービス種類コード ／②名称	A	2	訪問型サービス (独自)			
	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	3	5	円／単位	
	⑩事業費請求額		2	5	6	1	5
	⑪利用者負担額		2	8	4	7	
	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＝

$$\langle \text{⑦給付単位数} \times \text{⑨単位数単価} \rangle \times \text{給付率}$$

$$2,750 \text{ 単位} \times 10.35 \text{ 円} = 28,462.5$$

$$\approx 28,462 \text{ 円}$$

$$28,462 \text{ 円} \times 90\% = 25,615.8$$

$$\approx 25,615 \text{ 円}$$

2. 利用者負担額を求める

⑪利用者負担額＝

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

$$2,750 \text{ 単位} \times 10.35 \text{ 円} = 28,462.5$$

$$\approx 28,462 \text{ 円}$$

$$28,462 \text{ 円} - 25,615 \text{ 円} = 2,847 \text{ 円}$$

給付率 (／100)					
事業			9		0
公費					
合計					
	2	5	6	1	5
		2	8	4	7
					0
					0

※《》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（附則第二条関係）

記載例 1 8

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

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）・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）・地域密着型通所介護）

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	2	0
被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 2 0 2												2	0				
	(フリガナ)	カゴ ジロウ																	
	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							
	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								
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									
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																		
給	サービス内容	サービスコード		単位数		回数		サービス											
・ 住所地の地域密着型サービス（71-1112）を受けた場合 ・ 住所地の保険者が認めている市町村独自加算（71-7202）を受けた場合																			
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			
	夜間訪問介護Ⅰ基本・日割	7	1	1	1	1	2		3	3	1	0		3	3	0	903030		
	昼夜間訪問Ⅰ市町村独自加算Ⅰ日割	7	1	7	2	0	2		2		1	0		2	0		903030		
	夜間訪問介護施設改善加算Ⅰ	7	1	6	1	0	3							1	4		903030		
請求額集計欄	①サービス種類コード／②名称	7 1		夜間対応型訪問介護															
	③サービス実日数	1 0		日				日											
	④計画単位数			3 5 0															
	⑤限度額管理対象単位数			3 5 0															
	⑥限度額管理対象外単位数			1 4															
	⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥			3 6 4												給付率（/100）			
	⑧公費分単位数			0												保険 9 0			
	⑨単位数単価	1 0 0 0		円／単位		▲		円／単位		▲		円／単位		▲		公費			
	⑩保険請求額	3 2 7 6														合計			
	⑪利用者負担額	3 6 4														3 2 7 6			
	⑫公費請求額	0														3 6 4			
	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						

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

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とする
＜様式第二＞

- 76（定期巡回・随時対応型訪問介護看護）
- 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（短期利用以外））
- 68（小規模多機能型居宅介護（短期利用））
- 77（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））
- 79（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＞

- 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（短期利用以外））
- 69（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

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

記載例 19
地域密着型サービス（月定額でない）
の請求
（月途中住所地利適用の場合）

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
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
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
公費受給者番号

平成 2 7 年 0 4 月分
保険者番号 9 0 2 0 2 0

被保険者
被保険者番号
(フリガナ)
氏名
生年月日
要支援
状態区分
認定有効
期間

0 0 0 0 0 0 1 1 0 0
カゴ イロ
介護 一郎
1.明治 2.大正 3.昭和
0 6 年 0 1 月 0 1 日
要支援 1 要支援 2
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
連絡先

<事例説明>
平成27年4月
★ 4/5 ★ 4/15 ★ 4/25 ★ 4/30
4/21施設入所
★ : 地域密着型サービス利用
◇ : 住所地特例適用期間
・ 4/5,15,25,30 に介護予防認知症対応型通所介護を利用
・ 4/21 に住所地特例対象施設に入所
電話番号 099-111-111

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

9 0 0 0 0 0 0 1 1 0
C

開始
年月日
中止
理由

平成 年 月 日
中止 平成 年 月 日
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

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

予認通知通所介護 I i l l
7 4 1 2 4 1
4 9 3 2
9 8 6
・ 住所地特例適用前の利用分は給付費明細欄に記載する
・ 住所地特例適用後の利用分は給付費明細欄（住所地特例対象者）
に記載する
・ 月額加算（処遇改善加算、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

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

予認通知通所介護 I i l l
7 4 1 2 4 1
4 9 3 2
9 8 6
予認通所介護処遇改
善加算 I
7 4 6 1 0 6
1
1 3 4
903030
903030

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
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
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

7 4
介護予防認知症
対応型通所介護
4 日
1 9 7 2
1 9 7 2
1 3 4
2 1 0 6
0
1 1 1 0 円／単位
2 1 0 3 8
2 3 3 8
0
0
処遇改善加算のサービス単位数は給付費明細欄と給付費明細欄（住
所地利対象者）の単位数の合計単位数に対して算出する
(986 単位＋986 単位) × 6.8% = 134.096
≒ 134 単位（四捨五入）
事業所所在地の単価を記載する
給付率（/100）
保険 9 0
公費
合計
2 1 0 3 8
2 3 3 8
0
0

<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>
月の途中で住所地特例対象施設に入所（入居）し、住所地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、月の途中で住所地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。

収
入
目
録

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介護

記載例 2 0

地域密着型サービス（月額額）の請求

（月途中住所地利例適用の場合）

公費負担者番号

公費受給者番号

被保険者番号

(7桁)

氏名

生年月日

要介護状態区分

認定有効期間

事業所

請求事業者

<事例説明>

平成27年4月

4/21施設入所

➡ : 地域密着型サービス利用

□ : 住所地特例適用期間

・月を通じて定期巡回・随時対応型訪問介護看護を利用

・4/21 に住所地特例対象施設に入所

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

開始年月日

中止年月日

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

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

公費対象単位数

施設所在保険者番号

摘要

・月の途中で住所地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（処遇改善加算、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

1. 保険請求額を求める

⑩保険請求額＝

《⑦給付単位数×⑨単位数単価》×給付率》

8,965 単位×11.40 円＝102,201 円

102,201 円×90％＝91,980.9≒91,980 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保険請求額

8,965 単位×11.40 円＝102,201 円

102,201 円－91,980 円＝10,221 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

7 6

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

③サービス実日数

1 5

日

④計画単位数

8 2 5 5

⑤限度額管理対象単位数

8 2 5 5

⑥限度額管理対象外単位数

7 1 0

⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥

8 9 6 5

⑧公費分単位数

0

⑨単位数単価

1 1 4 0

円／単位

⑩保険請求額

9 1 9 8 0

⑪利用者負担額

1 0 2 2 1

⑫公費請求額

0

⑬公費分本人負担

0

処遇改善加算のサービス単位数を算出する

8,255 単位×8.6％＝709.93 ≒ 710 単位（四捨五入）

事業所所在地の単価を記載する

給付率（/100）

保険

9 0

公費

合計

9 1 9 8 0

1 0 2 2 1

0

0

<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>

月の途中で住所地特例対象施設に入所（入居）し、住所地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、月の途中で住所地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。

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・定
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
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

記載例 2 1

地域密着型サービス（月定額・日割り）の請求

(月途中住所地特例適用の場合)

[illegible]

平成	2	7	年	0	4	月分
保険者番号	9	0	2	0	2	0

被	被保険者 番号	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0
	(フリガナ)	カイゴ シロウ									
	氏名	介護 二郎									

被保險者

・月の途中で住所地特例適用となった場合、月額報酬サービスの日割り請求分は、住所地特例適用前の利用分は給付費明細欄に、住所地特例適用後の利用分は給付費明細欄（住所地特例対象者）に記載する

・月額加算（処遇改善加算、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

・ただし以下の加算においては、日割り計算用サービスコードであっても月末の状況における欄に記載する

特別地域加算

小規模事業所加算

中山間地域等提供加算

・ただし以下の加算においては、日割り計算用サービスコードであ
 つても月末の状況における欄に記載する

居住サービス計画	特別地域加算
	小規模事業所加算
	中山間地域等提供加算

理由

[illegible]

給付費明細欄 (住所地利例対象者)	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 分担 回数	公費対象単位数				施設所在 保険者番号	摘要
	定期巡回随時1・2 日割	7	6	1	2	1	2	2	7	2	1	0	2	7	2	0						903030	
	定期巡回中山間地域等提 供加算日割	7	6	8	1	1	1					1		3	4	0						903030	

請求額集計欄	①サービス種類コード ／②名称	7	6	定期巡回・随時 対応型訪問介護看護												中山間地域等提供加算のサービス単位数は給付費明細欄と給付費明細欄（住所地特例対象者）の単位数の合計単位数に対して算出する (4,080 単位+2,720 単位)×5%=340 単位												
	③サービス実日数	1	0	日																								
	④計画単位数			6	8	0	0																					
	⑤限度額管理対象単位数			6	8	0	0																					
	⑥限度額管理対象外単位数				3	4	0											給付率 (／100)										
	⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）+⑥			7	1	4	0											保険 9 0										
	⑧公費分単位数					0											公費											
	⑨単位数単価	1	1	4	0	円／単位		円／単位		円／単位		円／単位	合計															
	⑩保険請求額			7	3	2	5	6	事業所所在地の単価を記載する										7 3 2 5 6									
	⑪利用者負担額				8	1	4	0											8 1 4 0									
	⑫公費請求額					0											0											
	⑬公費分本人負担					0											0											

＜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＞

月の途中で住所地特例対象施設に入所（入居）し、住所地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、月の途中で住所地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（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
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介護

記載例 2 2

地域密着型サービス（月定額・日割
り・公費あり）の請求
（月途中住所地利特適用の場合）

公費負担者番号	1	2	9	0	0	0	1	0
公費受給者番号	0	0	0	0	0	0	1	
平成								
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	0	0	
	(フリガナ)	カゴ シンロウ										
	氏名	介護 二郎										
	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											
認定有効期間	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から	

・月の途中で住所地利特適用となった場合、月額報酬サービスの日割り請求分は、住所地利特適用前の利用分は給付費明細欄に、住所地利特適用後の利用分は給付費明細欄（住所地利特対象者）に記載する

・月額加算（処遇改善加算、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

<事例説明>

平成27年4月

4/16公費適用

4/21施設入所

● : 地域密着型サービス利用

➡ : 公費適用期間

□ : 住所地利特適用期間

・月を通じて定期巡回・随時対応型訪問介護看護を利用

・4/16に公費適用開始（日割り事由に該当）

・4/21に住所地利特対象施設に入所

作成	事業所名称	〇〇居宅介護支援事業所										
中止年月日	平成				年				月			日
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
	7	6	1	2	1	2	2	7	2	2	0	5	4	4	0	5	1	3	6	0	
定期巡回随時 I 2 1・ 日割																					

1. 保険請求額を求める	2. 公費請求額を求める	3. 利用者負担額を求める
⑩保険請求額＝	⑫公費請求額＝	⑪利用者負担額＝
《⑦給付単位数×⑨単位数単価》×給付率	《⑧公費分単位数×⑨単位数単価》×給付率	《⑦給付単位数×⑨単位数単価》
8,862 単位×11.40 円＝101,026.8≒101,026 円	4,431 単位×11.40 円＝50,513.4≒50,513 円	－⑩保険請求額－⑫公費請求額
101,026 円×90%＝90,923.9≒90,923 円	50,513 円×（100%－90%）＝5,051.3≒5,051 円	8,862 単位×11.40 円＝101,026.8＝101,026 円
		101,026 円－90,923 円－5,051 円＝5,052 円

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			
	定期巡回随時Ⅱ ・日割	7	6	1	2	2	7	2	1	0	2	7	2	0		903030		
	定期巡回処遇改善加算Ⅰ	7	6	6	1	1	2			1		7	0	2		1	3	5

請求額集計欄	①サービス種類コード／②名称	7 6	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	③サービス実日数	1 5	日
	④計画単位数	8 1 6 0	
	⑤限度額管理対象単位数	8 1 6 0	
	⑥限度額管理対象外単位数	7 0 2	
	⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥	8 8 6 2	
	⑧公費分単位数	4 4 3 1	
	⑨単位数単価	1 1 4 0	円／単位
	⑩保険請求額	9 0 9 2 3	
	⑪利用者負担額	5 0 5 2	
	⑫公費請求額	5 0 5 1	
	⑬公費分本人負担	0	

1. 処遇改善加算のサービス単位数は給付費明細欄と給付費明細欄（住所地利特対象者）の単位数の合計単位数に対して算出する
(5,440 単位＋2,720 単位)×8.6%＝701.76 ≒ 702 単位（四捨五入）

2. 処遇改善加算の公費対象単位数を算出する
702 単位× $\frac{5 \text{ 回} + 10 \text{ 回}}{20 \text{ 回} + 10 \text{ 回}}$ ＝351 単位

事業所所在地の単価を記載する

給付率（/100）	保険	9 0
公費	1 0 0	
合計	9 0 9 2 3	
	5 0 5 2	
	5 0 5 1	
	0	

<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>

月の途中で住所地利特対象施設に入所（入居）し、住所地利特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、月の途中で住所地利特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。

枚中	枚目
----	----