

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

事例① 生活保護単独受給者の場合

公費負担者番号1213××××

公費受給者番号××××××

令和03年04月分

保険者番号13〇〇〇〇

被保険者番号

(フリガナ)

氏名

生年月日

要介護状態区分

認定有効期間

事業所番号

事業所名称

連絡先

電話番号

1. 平成2. 令和

1. 明治2. 大正3. 昭和

要介護1・2・

1. 平成2. 令和

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

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

訪問看護Ⅰ2

131111

470

8

3760

8

3760

(集計欄の計算方法)

総費用額→⑦3,760×⑨11.40=42,864.0(小数点以下切捨て)※以下の計算同様

⑫公費請求額→42,864×(100〔公費給付率〕-0〔保険給付率〕)/100=42,864

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

13訪問看護

8日

3760

3760

3760

3760

1140円/単位

42864

給付率は介護保険の負担が発生しない為、記載は不要となります。公費の給付率は、100%と記載します。

給付率(/100)

保険

公費

100

合計

42864

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

事例② 介護保険+生活保護受給者の場合

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・
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）・
（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	1	2	1	3	×	×	×	×
公費受給者番号	×	×	×	×	×	×	×	×

令和	0	3	年	0	4	月分
----	---	---	---	---	---	----

保険者番号	1	3	〇	〇	〇	〇
-------	---	---	---	---	---	---

被保険者	被保険者番号										
	(フリガナ)										
	氏名										
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男	2.女				
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5									
認定有効期間	1.平成		年	生活保護適用分の公費負担分回数・対象単位数を記載します。							
	2.令和		年								

事業所番号										
事業所名称										
所在地	〒				-					

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	1.平成		年		月		日	中止年月日	令和		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 9.介護医療院入所														

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			
訪問看護Ⅰ 2	1	3	1	1	1	1	4	7	0	8	3	7	6	0	

請求額集計欄	①サービス種類コード/②名称	1	3	訪問看護																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								</
--------	----------------	---	---	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

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

事例③－ 1 月途中で生活保護受給者となった場合

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・
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）・
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	1	2	1	3	×	×	×	×
公費受給者番号	×	×	×	×	×	×	×	×

令和	0	3	年	0	4	月分
----	---	---	---	---	---	----

保険者番号	1	3	〇	〇	〇	〇
-------	---	---	---	---	---	---

被保険者	被保険者番号									事業所				
	(フリガナ)													
	氏名													
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.								
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5												
認定有効期間	1.平成 2.令和	年	月	日										

生活保護法介護券（3年4月）

有効期間 20日から30日まで

単独・併用別 単 独 ・ 併 用

（備考）介護保険 あ り ・ な し

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											

開始年月日	1.平成 2.令和	年	月	日	中止年月日	令和	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 9.介護医療院入所								

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
通所介護Ⅱ21	1 5 3 8 0 1	3 7 4	4	1 4 9 6	1	3 7 4	
通所介護入浴介助加算Ⅰ	1 5 5 3 0 1	4 0	4	1 6 0	1	4 0	
通所介護処遇改善加算Ⅰ	1 5 6 1 0 8	9 8	1	9 8	1	2 4	

生活保護適用開始以降のサービスについての回数・単位数を記載します。

（集計欄の計算方法）

総費用額→⑦1,754×⑨10.90=19,118

⑩保険請求額→19,118×90〔保険給付率〕/100=17,206

⑫公費請求額→⑧438×⑨10.90=4,774

→4,774×（100〔公費給付率〕－90〔保険給付率〕）/100=477

⑪利用者負担→19,118－⑩17,206－⑫477=1,435

（月途中より公費負担が発生する為、それ以前は利用者負担が発生します。この場合の利用者負担は、総費用額より保険分と公費分を差し引いた残り分となります。）

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

（処遇改善加算の計算方法）

通所介護Ⅱ21→374単位×4回=1,496

入浴介助加算→40単位×4回=160

処遇改善加算→（1,496+160）×59/1,000=98

（小数点以下四捨五入）

公費対象単位数→（374+40）×59/1,000=24

給付率（/100）	保険	9 0
	公費	1 0 0
	合計	1 7 2 0 6
		1 4 3 5
		4 7 7

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

事例③－ 2 月途中で生活保護受給者となった場合（福祉用具貸与）

用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・
小規模多機能型居宅介護（短期利用）・
地域密着型居宅介護・短期利用）・地域密着型通所介護）

公費負担者番号	1	2	1	3	×	×	×	×
公費受給者番号	×	×	×	×	×	×	×	
令和	0	3	年	0	4	月	分	
保険者番号	1	3	〇	〇	〇	〇	〇	

被保険者	被保険者番号 (フリガナ)										
	氏名										
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.					
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5									
	認定有効期間	1.平成 2.令和	年	月	日						

生活保護法介護券（3年4月）

有効期間 21日から30日まで

単独・併用別 単 独 ・ 併 用

（備考）介護保険 あり ・ な し

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	1.平成 2.令和	年	月	日	中止年月日	令和	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 9.介護医療院入所								

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	公費分回数	公費対象単位数	摘要
	〇〇〇〇〇貸与	1 7 1 0 * *		3 0	3 0 0 0	1 0	1 0 0 0	00000-000000
	△△△△△貸与	1 7 1 0 * *		3 0	9 0 0	1 0	3 0 0	11111-111111

福祉用具貸与費は、日割り計算します。

回数は、生活保護開始以降のサービスの日数

公費対象単位数は、

サービス単位数÷回数×公費分回数を記載します。

（小数点以下四捨五入）

3,000÷30×10=1,000 , 900÷30×10=300

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

（集計欄の計算方法）

総費用額→⑦3,900×⑨10.00=39,000

⑩保険請求額→39,000×90〔保険給付率〕/100=35,100

⑫公費請求額→⑧1,300×⑨10.00=13,000

→13,000×（100〔公費給付率〕－90〔保険給付率〕）/100=1,300

⑪利用者負担→39,000－⑩35,100－⑫1,300=2,600

（③－1と同様に公費負担が発生する日より前は、利用者負担が発生します。利用者負担額は、総費用額より保険分と公費分を差し引いた残り分となります。）

公費	1	0	0
合計	3	5	1
	2	6	0
	1	3	0

(様式第二の二)

介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書

管理指導・介護予防通所介護・介護予防
居宅介護（短期利用以外）

事例③－３ 月途中で生活保護受給者となった場合（介護予防サービス）

公費負担者番号	1	2	1	3	×	×	×	×
公費受給者番号	×	×	×	×	×	×	×	×
令和	0	3	年	0	4	月	分	
保険者番号	1	3	〇	〇	〇	〇	〇	

被保険者	被保険者番号									事業所				
	(フリガナ)													
	氏名													
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1.								
	要支援状態区分	要支援 1・要支援 2												
認定有効期間	1. 平成		年		月		2. 令和		年		月			

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	1. 平成	2. 令和	日	年	月	日
中止理由	1. 非	9. 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
	予防通所リハ 1・日割	6 6 1 1 1 2	6 8	3 0	2 0 4 0	1 0	6 8 0	
	運動器機能向上加算	6 6 5 0 0 2		1	2 2 5	1	2 2 5	
	口腔機能向上加算 I	6 6 5 0 0 4		1	1 5 0	1	1 5 0	
	予防通所リハ処遇改善加算 I	6 6 6 1 0 0	1 1 4	1	1 1 4	1	5 0	

日割り計算用コードがない加算は、日割り計算ができないため、サービス単位数に記載した単位を公費対象単位数に記載します。

公費負担は、日割りするサービスの保護適用期間の 1 割分と日割りしない加算の月額額の 1 割分が対象となります。利用者負担額は、保護開始前の日割りするサービスの 1 割分になります。

（集計欄の計算方法）

総費用額→⑦2,529×⑨11.10=28,071

⑩保険請求額→28,071×90〔保険給付率〕/100=25,263(小数点以下切り捨て)

⑫公費請求額→⑧1,105×⑨11.10=12,265(小数点以下切り捨て)

→12,265×(100〔公費給付率〕-90〔保険給付率〕)/100=1,226(小数点以下切り捨て)

⑪利用者負担→28,071-⑩25,263-⑫1,226=1,582

(③-1と同様に公費負担が発生する日より前は、利用者負担が発生します。利用者負担額は、総費用額より保険分と公費分を差し引いた残り分となります。)

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

(処遇改善加算の公費対象単位数計算の方法)

予防通所リハ 11→68 単位×10 回=680

運動器機能向上加算等→225+150=375 単位

処遇改善加算→(680+375)×47/1,000=50(小数点以下四捨五入)

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

事例④ 月途中で福祉事務所が変更となった場合

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・小規模多機能型居宅介護（短期利用）
（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

1 枚目

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

令和	0	3	年	0	4	月	分
----	---	---	---	---	---	---	---

保険者番号	1	3	〇	〇	〇	〇
-------	---	---	---	---	---	---

被保険者	被保険者番号	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	(フリガナ)									
	氏名									
	生年月日	1.明治	2.大正	3.						
	要介護状態区分	要介護								
認定有効期間	1.平成	2.令和			年					

事業所番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護保険証
保険者・被保険者番号に変更なし

公費番号負担証
 ㊦1213××××（A福祉事務所）・・・4月10日まで適用終了
 ㊦1213△△△△（B福祉事務所）・・・4月11日から適用開始

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		

福祉事務所毎に負担する為、回数・単位数が異なります。

開始年月日	1.平成	2.令和			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 9.介護医療院入所										

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
通所介護Ⅱ21	1 5 3 8 0 1	3 7 4	5	1 8 7 0	2	7 4 8	
通所介護入浴介助加算Ⅰ	1 5 5 3 0 1	4 0	5	2 0 0	2	8 0	
通所介護処遇改善加算Ⅰ	1 5 6 1 0 8	1 2 2	1	1 2 2	1	4 9	

（集計欄の計算方法） **2 枚中 1 枚目**

総費用額→㊦2,192×㊦10.90=23,892

⑩保険請求額→23,892×90〔保険給付率〕/100=21,502

公費総費用額→㊦877×㊦10.90=9,559

⑫公費請求額→9,559×(100〔公費給付率〕-90〔保険給付率〕)/100=955・・・A福祉事務所にて負担

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

（処遇改善加算の公費対象単位数計算の方法）

通所介護Ⅱ21→374単位×2回=748

通所介護入浴介助加算→40単位×2回=80

処遇改善加算→(748+80)×59/1,000=49
(小数点以下四捨五入)

給付率 (/100)			
保険		9	0
公費	1	0	0
合計			

2 枚中 1 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・定期巡回・随時対応型訪問介護・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

2 枚目

公費負担者番号										1	2	1	3	△	△	△	△										
公費受給者番号										△	△	△	△	△	△	△											
令和										0	3	年	0	4	月	分											
保険者番号										1	3	〇	〇	〇	〇	〇											
被保険者	被保険者番号	× × × × × × × × × ×																									
	(フリガナ)																										
	氏名																										
	生年月日	1. 明治			2. 大正			3. 昭和			性別	1. 男 2. 女															
	要介護状態区分	要介護・1・2・3・4・5																									
	認定有効期間	1. 平成 2. 令和				年				月				日		から											
		年				月				日				まで													
請求事業者	事業所番号																										
	事業所名称																										
	所在地	〒 -																									
	連絡先	電話番号																									
居宅サービス計画		1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成																									
		事業所番号																									
福祉事務所毎に負担する為、回数・単位数が異なります。																											
開始年月日	1 平成 2 令和			年				月				日		中止年月日	令和			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 9. 介護医療院入所																										
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		公費分回数	公費対象単位数	摘要															
	通所介護Ⅱ21	1 5 3 8 0 1		3 7 4		5		1 8 7 0		3	1 1 2 2																
	通所介護入浴介助加算Ⅰ	1 5 5 3 0 1		4 0		5		2 0 0		3	1 2 0																
	通所介護処遇改善加算Ⅰ	1 5 6 1 0 8		1 2 2		1		1 2 2		1	7 3																
(集計欄の計算方法) 2 枚中 2 枚目																											
⑫公費請求額→総費用額 23, 892 - 1 枚目保険請求額⑩21, 502 - 1 枚目公費請求額⑫955 = 1, 435... B 福祉事務所にて負担																											
請求額集計欄	①サービス種類コード②名称	1	5	通所介護																							
	③サービス実日数	5	日				日				日																
	④計画単位数	2 0 7 0																									
	⑤限度額管理対象単位数	2 0 7 0																									
	⑥限度額管理対象外単位数	1 2 2																									
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥	2 1 9 2																									
	⑧公費分単位数	1 3 1 5																									
	⑨単位数単価	1	0	9	0	円/単位	▲	円/単位	▲	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	1		4		3		5								1 4 3 5											
	⑬公費分本人負担																										

保険給付率は 2 枚目には記載しません。

(処遇改善加算の公費対象単位数計算の方法)
通所介護Ⅱ21→374 単位×3 回=1122
通所介護入浴介助加算→40 単位×3 回=120
処遇改善加算→122-1 枚目公費対象単位数 49=73
(小数点以下四捨五入)

2 枚中 2 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

1 枚目

事例⑤ 原爆【81】+生活保護【12】の場合

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
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）・
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	8	1	1	3	6	0	1	9
公費受給者番号	×	×	×	×	×	×	×	×

令和	0	3	年	0	4	月分
保険者番号	1	3	〇	〇	〇	〇

被保険者	被保険者番号										
	(フリガナ)										
	氏名										
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男	2. 女				
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5									
認定有効期間	1. 平成	2. 令和	年	月	日	から	年	月	日	まで	

請求事業者	事業所番号										
	事業所名称										
	所在地	〒				-					
	連絡先	電話番号									

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成	2. 被保険者自己作成
	事業所番号	事業所名称

開始年月日	1 平成	2 令和	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 9. 介護医療院入所
-------	------	------	---	---	---	------	--

「原爆【81】」は、訪問入浴の算定対象外のため、記載しません。

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要
身体3生活1	1 1 6 1 1 1	6 4 6	8	5 1 6 8	8	5 1 6 8	
訪問入浴	1 2 1 1 1 1	1 2 6 0	4	5 0 4 0			
(集計欄の計算方法) 11. 訪問介護 《2 枚目中 1 枚目》 総費用額→⑦5,168×⑨11.40=58,915 ⑩保険請求額→58,915×90〔保険給付率〕/100=53,023 ⑫公費請求額→公費総費用額⑧5,168×⑨11.40=58,915 →58,915-⑩53,023=5,892…原爆【81】にて負担							

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

2 枚中 1 枚目

(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・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)・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)

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