

平成18年4月制度改正にかかる請求明細書・給付管理票の記載例について

1. 様式第二

(1) 訪問介護（様式第二）のサービスにて、月途中（16日）に要介護状態が要介護1から要支援2へと変更になり、同日にサービスの提供を開始した場合の記載内容。

①様式第二

要介護状態区分	経過的要介護・要介護1・2・3・4・5 要支援2																			
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						3. 介護予防支援事業者作成							
	事業所番号	4	8	0	9	9	9	9	9	9	9	9	事業所名称	介護予防支援事業所						
開始年月日	平成	1	8	年	4	月	1	日	中止年月日	平成	1	8	年	4	月	1	5	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 日数		サービス単位数			公費分 回数等		公費対象単位数		摘要
	身体介護1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	5	3	4	6	5				

注：月途中に要介護状態が要介護と要支援をまたがる変更となった場合、月末時点の要介護状態区分および居宅サービス計画作成事業所を記載することになるが、様式第二には要支援、および介護予防支援事業所の記載が存在しないため、別途余白に四角囲み等明確な形で補記する。また、その場合の中止年月日には要介護から要支援に変更となった前日の日付を、中止理由には5：その他を記載する。

②様式第二の二

要支援状態区分	要支援1 要支援2																			
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	4	8	0	9	9	9	9	9	9	9	事業所名称	介護予防支援事業所							
開始年月日	平成	1	8	年	4	月	1	6	日	中止年月日	平成									
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 日数		サービス単位数			公費分 回数等		公費対象単位数		摘要
	予防訪問介護I・日割	6	1	2	1	1	1	4	1	1	5	6	1	5						

注：月途中に要介護状態が要介護と要支援をまたがる変更となった場合、月末時点の要支援状態区分、介護予防サービス計画作成事業所を記載する。また、その場合の開始年月日には要介護から要支援に変更となり、サービスの提供を開始した日付を記載する。

介護予防訪問介護など月額報酬のサービスについて、要介護認定区分の変更（要介護状態・要支援状態をまたがる認定区分の変更を含む。）が行われた場合などについては、月単位の報酬ではなく、日割り計算用のサービスコードを使用して対象となる期間分の日数を請求する。

③給付管理票

保険者番号										保険者名									
4 8 9 9 9 9										保険者									
被保険者番号										被保険者氏名									
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9										フリガナ ヒホケンヤ 被保険者									
生年月日					性別					要支援・要介護状態区分									
明・大 昭 11年 11月 11日					男 女					要支援1・2 経過的要介護 要介護1・2・3・4・5									
居宅サービス・介護予防サービス 支給限度基準額										限度額適用期間									
16,580 単位/月										平成 18年 1月					~ 平成 18年 6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作成																			
居宅介護/介護予防 支援事業所番号		4 8 0 9 9 9 9 9 9 9																	
担当介護支援専門員 番号		4 8 9 9 9 9 9 9 9																	
居宅介護/介護予防 支援事業者の事業所 名		介護予防支援事業所 (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		事業所所在地																	
委託先 の 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																			
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			
介護サービス事業所		4 8 1 1 1 1 1 1 1 1								指定 基準該当・ 地域密着		訪問介護		1 1		3 4 6 5			
予防サービス事業所		4 8 2 2 2 2 2 2 2 2								指定 基準該当・ 地域密着		介護予防訪問介護		6 1		6 1 5			
										指定・基準該当・ 地域密着									
										指定・基準該当・ 地域密着									
合計																4 0 8 0			

注：月途中で要介護状態が要介護と要支援をまたがる変更となった場合、給付管理票は月末時点の支援事業所が作成する（上記事例においては介護予防支援事業所が作成）。

要介護状態区分、支給限度基準額には月を通じて重い方の要介護状態、支給限度基準額を記載する。

なお、月額報酬のサービスについて、要介護認定区分の変更（要介護状態・要支援状態をまたがる認定区分の変更を含む。）が行われた場合などについては、月単位の単位数ではなく、日割りの単位数での計画単位数を記載する。

(2) 夜間対応型訪問介護（様式第二）のサービスにて、サービス提供事業所がオペレーションセンターを設置し、平成18年4月1日から当該サービスの利用を開始し、1月の間に10日間定期巡回サービスを提供した場合の記載内容。

開始年月日	平成	1	8	年	4	月	1	日	中止年月日	平成		年		月		日
中止理由	1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院															

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード						単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要			
	夜間訪問介護Ⅰ基本	7	1	1	1	1	1		1	1	0	0	0			
夜間訪問介護Ⅰ定期巡回	7	1	1	1	2	1	3	4	7	1	0	3	4	7	0	

請求額集計欄	①サービス種類コード /②名称	7	1	夜間訪問															
	③サービス実日数	1	0	日															
	④計画単位数			4	4	7	0												
	⑤限度額管理対象単位数			4	4	7	0												
	⑥限度額管理対象外単位数						0										給付率 (/100)		
	⑦給付単位数 (④⑤のうち 少ない数) +⑥			4	4	7	0										保険	9	0
	⑧公費分単位数																公費		
	⑨単位数単価	1	0	0	0	円/単位											円/単位		合計
	⑩保険請求額		4	0	2	3	0												
	⑪利用者負担額			4	4	7	0												
	⑫公費請求額																		
	⑬公費分本人負担																		

注：基本夜間対応型訪問介護など月額報酬のサービスの場合、明細情報の単位数欄には記載しない。サービス実日数には1月の間に実際に夜間対応型訪問介護サービスを提供した日数を記載する。

補足：基本夜間対応型訪問介護費（夜間対応型訪問介護費（Ⅰ））については、利用者が月の途中で別の夜間対応型訪問介護事業所に変更した場合などであっても日割り計算は行わない。

(3) 小規模多機能型居宅介護（様式第二）のサービスにて、4月1日よりサービスを開始し、20日間サービスを提供。要介護状態は要介護3の認定を受けている場合の記載内容。

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	4	8	9	9	9	9	9	9	9	9	事業所名称	小規模多機能型居宅介護事業所								
開始年月日	平成	1	8	年	4	月	1	日	中止年月日	平成			年			月			日		
中止理由	1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院																				
給付費明細欄	サービス内容	サービスコード						単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要								
	小規模多機能型居宅介護3	7	3	1	1	3	1		1	2	3	2	8	6	150700						
	小規模多機能型居宅介護初期加算	7	3	6	3	0	0	3	0	3	0	9	0	0							
請求額集計欄	①サービス種類コード /②名称	7	3	小規模多機能																	
	③サービス実日数	2	0	日						日											
	④計画単位数	2	4	1	8	6															
	⑤限度額管理対象単位数	2	4	1	8	6															
	⑥限度額管理対象外単位数						0													給付率 (/100)	
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) +⑥	2	4	1	8	6														保険 9 0	
	⑧公費単位数																			公費	
	⑨単位数単価	1	0	0	0	円/単位			円/単位			円/単位			円/単位					合計	
	⑩保険請求額	2	1	7	6	7	4														
	⑪利用者負担額	2	4	1	8	6															
	⑫公費請求額																				
	⑬公費分本人負担																				

注：小規模多機能型居宅介護など月額報酬のサービスの場合、明細情報の単位数欄には記載しない。
 小規模多機能型居宅介護サービスの場合、明細情報の摘要欄に通所、訪問、宿泊のサービスを提供した日数を二桁の数字で続けて記載すること。なお、同日に複数のサービスを提供した場合においても、それぞれのサービスで日数を集計し、記載すること。（本事例では、20日間のうち2日間は通所サービスと訪問サービスを併用して提供したため、通所サービスを15日間、訪問サービスを7日間提供し、宿泊サービスを提供しなかった場合の記載例）
 サービス実日数には1月の間に実際に小規模多機能型居宅介護サービスを提供した日数を記載する。また、小規模多機能型居宅介護サービスについては、給付管理票の作成は居宅介護支援事業所ではなく、小規模多機能型居宅介護事業所により作成、提出される。その場合において、居宅サービス計画作成区分には小規模多機能型居宅介護事業所作成の場合は「1：居宅介護支援事業者作成」を記載する。なお、居宅介護支援費の報酬は小規模多機能型居宅介護費に含まれていることから、別途居宅介護支援介護給付費明細書（様式第七）による居宅介護支援費の報酬を請求することはできない。

(4) 小規模多機能型居宅介護（様式第二）のサービスにて、平成18年4月1日から当該サービスの契約を締結し、平成18年4月10日から当該サービスの利用を開始。当該月は15日間サービスを提供。要介護状態は要介護3の認定を受けていたが、4月25日に要介護2に変更となった場合の記載内容。

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	4	8	9	9	9	9	9	9	9	9	事業所名称	小規模多機能型居宅介護事業所								
開始年月日	平成	1	8	年	4	月	1	0	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	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要
	小規模多機能型居宅介護3・日割	7 3 1 1 3 2	7 6 6	1 5	1 1 4 9 0			080102
	小規模多機能型居宅介護2・日割	7 3 1 1 2 2	5 3 7	6	3 2 2 2			020200
	小規模多機能型居宅介護初期加算	7 3 6 3 0 0	3 0 2 1		6 3 0			

請求額集計欄	①サービス種類コード /②名称	7 3	小規模多機能																
	③サービス実日数	1 5	日																
	④計画単位数	1 5 3 4 2																	
	⑤限度額管理対象単位数	1 5 3 4 2																	
	⑥限度額管理対象外単位数		0																給付率 (/100)
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) +⑥	1 5 3 4 2																	保険
	⑧公費分単位数																		公費
	⑨単位数単価	1 0 0 0	円/単位																合計
	⑩保険請求額	1 3 8 0 7 8																	
	⑪利用者負担額	1 5 3 4 2																	
	⑫公費請求額																		
	⑬公費分本人負担																		

注：小規模多機能型居宅介護サービスについては、月の初日から利用契約を結んでも月の途中からサービスを開始した場合、月単位の報酬ではなく、日割り計算用のサービスコードを使用して請求する（本事由は小規模多機能型居宅介護（予防も含む）のみに適用される）。なお、日割り計算を行う登録日は、利用者と利用契約を結んだ日ではなく、実際にサービスを開始した日となる。

小規模多機能型居宅介護サービスの場合、明細情報の摘要欄に通所、訪問、宿泊のサービスを提供した日数を二桁の数字で続けて記載すること。（本事例では、4月10日から通所サービスを10日間、訪問サービスを3日間、宿泊サービスを2日間提供した場合の記載例）

サービス実日数には実際に小規模多機能型居宅介護サービスを提供した日数を記載する。

補足：小規模多機能型居宅介護サービスについては、本事例のように月の途中で要介護3から要介護2への変更など経過的要介護から要介護5の間での認定区分の変更が行われた場合についても、月単位の報酬ではなく、要介護状態区分に応じた日割り計算用のサービスコードを使用して請求する。

(6) 訪問リハビリテーション（様式第二）のサービスにて、6月に集中的に指定訪問リハビリテーションを行った場合の記載内容。退院(所)日もしくは認定日が月途中（5月15日）の場合。

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	訪問リハビリ1・マネジメント加算	1 4 2 1 1 3	5 2 0	3 0	1 5 6 0 0			
	訪問リハ短期集中加算1	1 4 5 0 0 1	3 3 0	1 4	4 6 2 0			20060515
	訪問リハ短期集中加算2	1 4 5 0 0 2	2 0 0	1 6	3 2 0 0			20060515

注：短期集中リハビリテーション加算において、退院(所)日もしくは認定日が月途中の場合、起算日から1ヶ月以内の期間と1ヶ月超の期間が混在するため、集中加算1と集中加算2の両加算の請求が行われることとなる。（通所リハビリテーションの短期集中リハビリテーション加算においても同様）
また、短期集中リハビリテーション実施加算を請求する場合、明細情報の摘要欄に病院若しくは診療所または介護保険施設から退院・退所した年月日又は要介護認定を受けた日を記載すること。

(7) 居宅療養管理指導（様式第二）のサービスにて、病院又は診療所の薬剤師ががん末期の患者に対して薬学的な管理指導を行った場合の記載内容。

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	薬剤師居宅療養I1	3 1 1 2 2 1	5 5 0	2	1 1 0 0			4,6
	薬剤師居宅療養I2	3 1 1 2 5 1	3 0 0	6	1 8 0 0			11,13,18,20,25,27

注：居宅療養管理指導において、病院又は診療所の薬剤師ががん末期の患者に対して行った場合は1週に2回、1月に8回を限度として請求が行える。なお、がん末期の患者以外の場合は1月に2回（薬局の薬剤師にあつては4回）が限度となる。
また、居宅療養管理指導を請求する場合、明細情報の摘要欄に算定回数に応じた居宅訪問日をカンマ（,）区切りで記載すること。

2. 様式第二の二

(1) 介護予防訪問介護（様式第二の二）のサービスにて、月途中（16日）に要介護状態が要支援2から要介護1へと変更になった場合の記載内容。

①様式第二の二

要支援 状態区分	要支援1・要支援2												要介護1					
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						1. 居宅介護支援事業者作成					
	事業所 番号	4	8	9	9	9	9	9	9	9	9	9	事業所 名称	居宅介護支援事業所				
開始 年月日	平成	1	8	年	4	月	1	日	中止 年月日	平成	1	8	年	4	月	1	5	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 費用 明細 欄	サービス内容	サービスコード						単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数				摘要		
	予防訪問介護I・日割	6	1	2	1	1	1	4	1	1	5	6	1	5				

注：月途中に要介護状態が要支援と要介護をまたがる変更となった場合、月末時点の要支援状態区分および介護予防サービス計画作成事業所を記載することになるが、様式第二の二には要介護、および居宅介護支援事業者の記載が存在しないため、別途余白に四角囲み等明確な形で補記する。また、その場合の中止年月日には要支援から要介護に変更となった前日の日付を、中止理由には5：その他を記載する。

介護予防訪問介護など月額報酬のサービスについて、要介護認定区分の変更（要支援状態・要介護状態をまたがる認定区分の変更を含む。）が行われた場合などについては、月単位の報酬ではなく、日割り計算用のサービスコードを使用して対象となる期間分の日数を請求する。

②様式第二

要介護 状態区分	経過的要介護												要介護1		2・3・4・5					
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	4	8	9	9	9	9	9	9	9	9	事業所 名称	居宅介護支援事業所							
開始 年月日	平成	1	8	年	4	月	1	6	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 費用 明細 欄	サービス内容	サービスコード						単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数				摘要				
	身体介護1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	5	3	4	6	5				

注：月途中に要介護状態が要支援と要介護をまたがる変更となった場合、月末時点の要介護状態区分、居宅サービス計画作成事業所を記載する。また、その場合の開始年月日には要支援から要介護に変更となり、サービスの提供を開始した日付を記載する。

③給付管理票

保険者番号										保険者名									
4 8 9 9 9 9										保険者									
被保険者番号										被保険者氏名									
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9										フリガナ ヒホケンヤ 被保険者									
生年月日					性別					要支援・要介護状態区分									
明・大 昭 11年 11月 11日					男 女					要支援1・2 経過的要介護 要介護1・2・3・4・5									
居宅サービス・介護予防サービス 支給限度基準額										限度額適用期間									
16,580 単位/月										平成 18年 4月					~ 平成 18年 10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作成																			
居宅介護/介護予防 支援事業所番号					4 8 9 9 9 9 9 9 9 9														
担当介護支援専門員番 号					4 8 9 9 9 9 9 9 9														
居宅介護/介護予防 支援事業者の事業所 名										居宅介護支援事業所									
支援事業者の 事業所所在地及び連 絡先										事業所所在地									
委託先 の 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																			
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					
介護サービス事業所	4	8	1	1	1	1	1	1	1	1	指定	基準該当・ 地域密着	訪問介護	1	1	3	4	6	5
予防サービス事業所	4	8	2	2	2	2	2	2	2	2	指定	基準該当・ 地域密着	予防訪問介護	6	1		6	1	5
											指定	基準該当・ 地域密着							
											指定	基準該当・ 地域密着							
合計															4	0	8	0	

注：月途中で要介護状態が要支援と要介護をまたがる変更となった場合、給付管理票は月末時点の支援事業所が作成する（上記事例においては居宅介護支援事業所が作成）。

要介護状態区分、支給限度基準額には月を通じて重い方の要介護状態、支給限度基準額を記載する。
なお、月額報酬のサービスについて、要介護認定区分の変更（要介護状態・要支援状態をまたがる認定区分の変更を含む。）が行われた場合などについては、月単位の単位数ではなく、日割りの単位数での計画単位数を記載する。

(2) 介護予防訪問介護（様式第二の二）のサービスにて、月中に1回、3級課程の訪問介護員が指定介護予防訪問介護を行った場合の記載内容。

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	予防訪問介護Ⅱ・3級	6 1 1 2 1 2			1	1 9 7 4		

注：介護予防訪問介護において、月中に1回でも3級課程の訪問介護員が指定介護予防訪問介護を行った場合には減算対象となり、所定単位数の100分の80に相当する単位数の請求となる。

なお、介護予防訪問介護など月額報酬のサービスの場合、明細情報の単位数欄には記載しない。

(3) 介護予防通所介護（様式第二の二）のサービスにおいて、月途中でサービス事業所を同一保険者内の事業所評価加算が算定可能な事業所変更し、運動器機能向上サービスを実施している場合の記載内容。

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	予防通所介護2・日割	6 5 1 1 2 2		1 4 3	1 5	2 1 4 5		
予防通所介護運動器機能向上加算	6 5 5 0 0 2			1	2 2 5			
予防通所介護事業所評価加算	6 5 5 0 0 5			1	1 0 0			

注：介護予防通所介護など月額報酬のサービスについて、サービス事業所の変更（同一保険者内に限る）が行われた場合などについては、月単位の報酬ではなく、日割り計算用のサービスコードを使用して契約期間分の日数を請求する。

なお、加算に関しては月単位の報酬であっても日割り計算を行わず、月単位の報酬を請求し、明細情報の単位数欄には記載しない。

(4) 介護予防訪問介護（様式第二の二）のサービスにおいて、要支援状態区分が要支援2で、1週間に2回を超える介護予防訪問介護が必要と認められていた者（介護予防訪問介護費Ⅲのサービスを受けていた者）が、月途中で要支援状態区分が要支援1に変更になった場合の記載内容。

要支援 状態区分	要支援1・要支援2																			
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	4	8	0	9	9	9	9	9	9	事業所 名称	介護予防支援事業所								
開始 年月日	平成	1	8	年	4	月	1	日	中止 年月日	平成			年			月			日	
中止 理由	1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院																			
給付 費明 細欄	サービス内容		サービスコード				単位数			回数 日数		サービス単位数			公費分 回数等		公費対象単位数		摘要	
	予防訪問介護Ⅲ・日割		6	1	2	3	2	1	1	3	2	1	5	1	9	8	0			
	予防訪問介護Ⅱ・日割		6	1	2	2	1	1		8	1	1	5	1	2	1	5			

注：介護予防訪問介護など月額報酬のサービスについて、本事例のように月の途中で要支援2から要支援1への変更など要支援1・要支援2の間での認定区分の変更が行われた場合については、月単位の報酬ではなく、要支援状態区分に応じた日割り計算用のサービスコードを使用して請求する。
 なお、本内容に関しては介護予防訪問介護のほかに、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防特定施設入居者生活介護における外部サービス利用型の介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防通所リハビリテーション、および介護予防小規模多機能型居宅介護においても同様の取り扱いとなる。

3. 様式第五

(1) 短期入所療養介護（様式第五）のサービスにて、利用者負担第1段階の認定を受けている者が、日中のみの指定短期入所療養介護として、往復の送迎付きでユニット型準個室へ入所し、理学療法（I）を3回行った。当該施設は夜間勤務等介護（I）、療養環境減算（I）、医師配置減算、管理栄養士配置加算、療養食加算、緊急短期入所ネットワーク加算を算定できる体制となっている場合の記載内容。

入所年月日	平成	1	8	年	4	月	5	日
退所年月日	平成	1	8	年	4	月	5	日
短期入所 実日数								1

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	特定病院療養短期・夜勤 I	2 3 2 6 1 2	7 8 3	1	7 8 3			
	病院療養療養環境減算 I	2 3 2 6 0 1	— 2 5	1	— 2 5			
	病院療養医師配置減算	2 3 2 7 0 0	— 1 2	1	— 1 2			
	病院療養短期送迎加算	2 3 2 9 2 0	1 8 4	2	3 6 8			
	病院療養短期管理栄養士配置加算	2 3 2 7 7 1	1 2	1	1 2			
	病院療養短期療養食加算	2 3 2 7 7 5	2 3	1	2 3			
	病院療養短期緊急短期入所加算	2 3 2 7 7 6	5 0	1	5 0			
合計					1 1 9 9			

特定診療費	傷病名	脳梗塞後遺症						
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要
	1 6	理学療法 I	1 8 0	3	5 4 0			
合計					5 4 0			

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
	①計画単位数	1 1 9 9			
	②限度額管理対象単位数	1 1 9 9			
	③限度額管理対象外単位数	0			
	④給付単位数	1 1 9 9		5 4 0	
	⑤単位数単価	1 0 0 0 円/単位		10 円/単位	10 円/単位
	⑥給付率	9 0 /100		9 0 /100	
	⑦請求額（円）	1 0 7 9 1		4 8 6 0	
⑧利用者負担額（円）	1 1 9 9		5 4 0		

特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
	短期療養食費	5 9 2 3 1 1	1 3 8 0	3 0 0	1	1 3 8 0	1 0 8 0			3 0 0
	短期療養ユニット型準個室	5 9 2 3 2 2	1 6 4 0	4 9 0	1	1 6 4 0	1 1 5 0			4 9 0
合計						3 0 2 0			7 9 0	
						保険分 請求額(円)	2 2 3 0	公費分 請求額		公費分本人負担月額

注：短期入所療養介護において、特定病院療養病床短期入所療養介護費（日帰りショート）を利用した場合でも、各加算、特定診療費および特定入所者介護サービス費に関する請求は行うことができる。なお、その場合において、入所年月日・退所年月日には同日が記載される。

4. 様式第六の三

(1) 特定施設入居者生活介護（様式第六の三）のサービスにて、要介護度3の利用者が夜間看護体制に該当する施設に入所し、個別機能訓練を行った場合の記載内容。

給付費明細欄	サービス内容		サービスコード				単位数			回数 日数		サービス単位数				公費分 回数等		公費対象単位数				摘要				
	特定施設生活介護3・機能		3	3	1	1	3	2	6	9	5	3	0	2	0	8	5	0								
	特定施設夜間看護体制加算		3	3	1	1	6	0			1	0	3	0			3	0	0							
	合計												2	1	1	5	0									

請求額集計欄	区分		保険分					公費分						
	①外部利用型給付上限単位数													
	②外部利用型上限管理対象単位数													
	③給付単位数			2	1	1	5	0						
	④単位数単価		1	0	0	0		円/単位						
	⑤給付率			9	0	/100							/100	
	⑥請求額(円)		1	9	0	3	5	0						
	⑦利用者負担額(円)			2	1	1	5	0						

注：一般型である特定施設入居者生活介護を利用した場合には、請求額集計欄の①外部利用型給付上限単位数、②外部利用型上限管理対象単位数に関する記載は不要となる。

(2) 特定施設入居者生活介護（様式第六の三）のサービスにて、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護に入所し、身体介護5、通所介護I12を15回ずつ行った場合の記載内容。利用者の要介護状態区分は要介護2、外部サービスの上限単位数以内の場合。

給付費明細欄	サービス内容		サービスコード				単位数			回数 日数		サービス単位数				公費分 回数等		公費対象単位数				摘要		
	外部特定施設生活介護		3	3	1	2	0	1	8	4	3	0	2	5	2	0								
	外部身体介護5		3	3	1	3	1	5	4	5	0	1	5	6	7	5	0							
	外部通所介護I12		3	3	1	7	2	2	4	5	4	1	5	6	8	1	0							
合計												1	6	0	8	0								

請求額集計欄	区分		保険分					公費分						
	①外部利用型給付上限単位数			1	8	7	2	6						
	②外部利用型上限管理対象単位数			1	6	0	8	0						
	③給付単位数			1	6	0	8	0						
	④単位数単価		1	0	0	0		円/単位						
	⑤給付率			9	0	/100							/100	
	⑥請求額(円)		1	4	4	7	2	0						
	⑦利用者負担額(円)			1	6	0	8	0						

注：外部サービス利用型である特定施設入居者生活介護を利用した場合には、請求額集計欄の①外部利用型給付上限単位数に外部サービスにかかる要介護状態区分毎の上限単位数、②外部利用型上限管理対象単位数に基本サービスと外部サービスの合計単位数を記載する。

(3) 特定施設入居者生活介護（様式第六の三）のサービスにて、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護に入所し、訪問看護2、通所介護Ⅱ12を15回ずつ行った場合の記載内容。利用者の要介護状態区分は要介護2、外部サービスの上限単位数を超過した場合。

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	外部特定施設生活介護	3 3 1 2 0 1	8 4	3 0	2 5 2 0			
	外部訪問看護2	3 3 1 5 1 3	7 4 7	1 5	1 1 2 0 5			
	外部通所介護Ⅱ12	3 3 1 7 6 2	3 9 3	1 5	5 8 9 5			
合計					1 9 6 2 0			

請求額集計欄	区分	保険分					公費分				
	①外部利用型給付上限単位数	1	8	7	2	6					
	②外部利用型上限管理対象単位数	1	9	6	2	0					
	③給付単位数	1	8	7	2	6					
	④単位数単価	1	0	0	0	円/単位					
	⑤給付率		9	0	/100				/100		
	⑥請求額（円）	1	6	8	5	3	4				
	⑦利用者負担額（円）		1	8	7	2	6				

注：外部サービス利用型である特定施設入居者生活介護利用時に、請求額集計欄の②外部利用型上限管理対象単位数が①外部利用型給付上限単位数を超過した場合、③給付単位数には低い方の単位数である①外部利用型給付上限単位数を記載する。

5. 様式第六の五

(1) 認知症対応型共同生活介護（短期利用）（様式第六の五）のサービスにて、要介護状態区分が要介護4の利用者が平成18年4月2日より短期利用共同生活介護施設に入居、平成18年4月11日に同施設を退居後、平成18年4月21日に再入居し、平成18年4月末時点では入居中の場合の記載内容。

入居年月日	平成	1	8	年	4	月	2	日
退居年月日	平成	1	8	年	4	月	1	1
短期利用 実日数							2	0

給付費 明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
		短期共同生活介護4	381241	912	20	18240		
合計								

請求額 集計欄	区分	保険分				公費分					
	①計画単位数	1	8	2	4	0					
	②限度額管理対象単位数	1	8	2	4	0					
	③限度額管理対象外単位数						0				
	④給付単位数	1	8	2	4	0					
	⑤単位数単価	1	0	0	0	0	円/単位				
	⑥給付率	90		/100							
	⑦請求額（円）	1	6	4	1	6	0				
	⑧利用者負担額（円）	1	8	2	4	0					

注：認知症対応型共同生活介護（短期利用）において、同月中に入退居を繰り返した場合、入居年月日は月初日に入居中であれば当該入居の年月日を記載、月初日に入居中でなければ当該月の最初に入居した年月日を記載する。退居年月日は当該月における最初に退居した年月日を記載する。（当該月に退居がなく、月末日に入居中であれば記載を省略する。）

(2) 認知症対応型共同生活介護（短期利用）（様式第六の五）のサービスにて、要介護状態区分が要介護4の利用者が平成18年5月1日から平成18年5月31日の間、短期利用共同生活介護施設に入居した場合の記載内容。

入居年月日	平成	1	8	年	5	月	1	日
退居年月日	平成	1	8	年	5	月	3	0
短期利用 実日数								3 0

給付費 明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	短期共同生活介護4	3 8 1 2 4 1	9 1 2	3 0	2 7 3 6 0			
	合計				2 7 3 6 0			

請求額 集計欄	区分	保険分				公費分					
	①計画単位数	2	7	3	6	0					
	②限度額管理対象単位数	2	7	3	6	0					
	③限度額管理対象外単位数					0					
	④給付単位数	2	7	3	6	0					
	⑤単位数単価	1	0	0	0	円/単位					
	⑥給付率	9	0	/100			/100				
	⑦請求額（円）	2	4	6	2	4	0				
	⑧利用者負担額（円）	2	7	3	6	0					

注：認知症対応型共同生活介護（短期利用）において、30日を超える利用が行われた場合、30日を超えて入居していた日（本事例では5月31日）については請求することができないため、退居年月日には30日目に退居したのものとして30日目の年月日を記載し、30日分の請求として記載する。

6. 様式第七

(1) 居宅介護支援費（様式第七）のサービスにて、月途中で要介護状態区分が要介護3から要介護2に変更になった場合の記載内容。該当居宅介護支援事業所の介護支援専門員1人当たりの取扱件数が40件未満の場合。

項番	被保険者													請求計算															
	1	被保険者番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	(フリガナ)	リョウシヤ			サービスコード	4	3	2	1	1	1				
公費受給者番号														氏名	利用者														
生年月日		1.明治			2.大正			3.昭和			性別	1.男			2.女			単位数			1	0	0	0					
		1	1	年	1	1	月	1	1	日																			
要介護状態区分		経過的要介護・要介護1・2・3・4・5												認定有効期間	平成	1	8	年	4	月	1	5	日	から	請求金額	1	0	0	0
														平成	1	8	年	9	月	3	0	日	まで						
担当介護支援専門員番号	4	8	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	サービス計画作成依頼届出年月日	平成	1	8	年	3	月	1	0	日	摘要						

注：居宅介護支援費において、月途中で要介護状態区分が変更となった場合、月末時点の要介護状態区分を記載し、サービスコードも月末時点の要介護状態区分に対応するサービスコードで請求を行う。

(2) 居宅介護支援費（様式第七）のサービスにて、介護支援専門員1人当たりの取扱件数が60件以上であり、運営基準減算が2ヶ月以上継続しており、特定事業所集中減算に該当する居宅介護支援事業所が、要介護状態区分が要介護2の利用者に対して指定居宅介護支援を行った場合の記載内容。

項番	被保険者													請求計算															
	1	被保険者番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	(フリガナ)	リョウシヤ			サービスコード	4	3	4	1	3	8					
公費受給者番号														氏名	利用者														
生年月日		1.明治			2.大正			3.昭和			性別	1.男			2.女			単位数					0						
		1	1	年	1	1	月	1	1	日																			
要介護状態区分		経過的要介護・要介護1・2・3・4・5												認定有効期間	平成	1	8	年	4	月	1	日	から	請求金額					0
														平成	1	8	年	9	月	3	0	日	まで						
担当介護支援専門員番号	4	8	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	サービス計画作成依頼届出年月日	平成	1	8	年	3	月	1	0	日	摘要						

注：居宅介護支援費において、取扱件数が60件以上で利用者の要介護状態区分が要介護2の場合は400単位の請求となるが、運営基準減算2により100分の50、特定事業所集中減算により200単位減算されるため、該当サービスコードの単位数は0単位での請求となる。

7. 様式第七の二

(1) 介護予防支援費（様式第七の二）のサービスにて、地域包括支援センターが作成した場合の記載内容。

介護予防 支援事業者	事業所 番号	4	8	0	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
	事業所 名称	介護予防支援事業所 (地域包括支援センター)											所在地	〒 9 9 9 9 - 9 9 9 9						
													連絡先	電話番号 9 9 9 - 9 9 9 - 9 9 9 9						
													単位数単 価	1	0	0	0	(円/単位)		

項 番	被保険者													請求計算												
1	被保険者番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	(フリガナ)	リヨウシヤ				サービス コード	4	6	2	1	1	1	
	公費受給者番号													氏 名	利用者											
	生年月日	1.明治			2.大正			3.昭和			性 別	1 男 2. 女				単位数	4 0 0									
		1	1	年	1	1	月	1	1	日		1 男 2. 女					4 0 0									
	要支援 状態区分	要支援1 要支援2											認 定 有効期間	平成	1	8	年	4	月	1	日	から	請求 金額	4 0 0 0		
													平成	1	8	年	9	月	3	0	日	まで				
担当介護 支援専門 員番号												サービス計 画作成依頼 届出年月日	平成	1	8	年	4	月	1	日		摘要				

注：介護予防支援費において、地域包括支援センターに介護支援専門員がない場合、担当介護支援専門員番号は記載が不要となる。

8. 様式第八

(1) 平成18年4月1日時点で要介護2の認定を受けて介護老人福祉施設Aに入所していた者が、4月10日に要介護状態が要介護2から要支援2へと変更となったが、引き続き入所していた。

その後、やむを得ない事情により平成18年5月10日に退所して、同日に他の地域密着型介護老人福祉施設Bへ入所し、5月末時点においてBに入所中の場合の記載内容。

①介護老人福祉施設Aの平成18年4月分の記載内容

要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5 要支援2									
認定有効期間	平成	1	8	年	4	月	1	0	日	から
	平成	1	8	年	1	0	月	1	0	日

入所年月日	平成	1	8	年	2	月	1	日	退所年月日	平成		年		月		日	入所実日数	3	0	外泊日数		
退所後の状況	1.居宅 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院																					

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
		ユ型福祉施設I1	5 1 3 1 1 1	6 5 7	2 1	1 3 7 9 7		
	ユ型福祉施設I2	5 1 3 1 2 1	7 2 8	9	6 5 5 2			
	合計				2 0 3 4 9			

注：改正法附則第11条における経過措置により、要支援1もしくは要支援2の要支援状態区分であるが施設に継続入所している場合については、要介護1の介護報酬を請求する。従って、サービス内容、サービスコード及び単位数は認定更新前の期間については当該期間の要介護状態（上記例においては要介護2）のものを記載し、認定更新後の期間については要介護1のものを記載する。

要介護状態区分は、サービス提供月の末日時点の要介護状態区分（上記例においては要支援2）を記載する。様式八には要支援の記載が存在しないため、別途余白に四角囲みで補記する。認定有効期間はサービス提供月の末日において被保険者が受けている認定（上記例においては要支援2）の有効期間を記載する。

※改正法附則第11条（要約）

施行日において旧指定介護老人福祉施設等に入所し、又は入院し、施設サービス費の支給を受けていた者であって、施行日以後に要支援認定を受けたものは、施行日から起算して3年間に限り、施行日以後引き続き当該旧指定介護老人福祉施設等に入所し、又は入院している間は、新要介護認定を受けた者とみなされる。

②介護老人福祉施設Aの平成18年5月分の記載内容

要介護 状態区分	要介護1・2・3・4・5 要支援2									
認定有効 期間	平成	1	8	年	4	月	1	0	日	から
	平成	1	8	年	1	0	月	1	0	日

入所 年月日	平成	1	8	年	2	月	1	日	退所 年月日	平成	1	8	年	5	月	1	0	日	入所実日数	1	0	外泊日 数		
退所後の状況	1.居宅 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院																							

給付 費明 細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
		ユ型福祉施設I1	513111	657	10	6570		
	合計					6570		

注： サービス内容、サービスコード及び単位数は要介護1のものを記載する。要介護状態区分は、サービス提供月の末日時点の要介護状態区分（上記例においては要支援2）を記載する。様式八には要支援の記載が存在しないため、別途余白に四角囲みで補記する。認定有効期間はサービス提供月の末日において被保険者が受けている認定（上記例においては要支援2）の有効期間を記載する。

③地域密着型介護老人福祉施設Bの平成18年5月分の記載内容

要介護 状態区分	要介護1・2・3・4・5 要支援2										
認定有効 期間	平成	1	8	年		4	月	1	0	日	から
	平成	1	8	年	1	0	月	1	0	日	まで

入所 年月日	平成	1	8	年		5	月	1	0	日	退所 年月日	平成		年		月		日	入所実日数	2	2	外泊日数		
退所後の状況		1.居宅 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院																						

給付 費用 細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
		地コ型福祉施設I1	544111	657	22	14454		
	地福祉施設初期加算	546400	30	22	660			
	合計				15114			

注：指定の取り消しその他やむを得ない理由により経過措置適用時点（平成18年4月1日）に入所していた施設を退所し他の施設へ入所した場合にも、改正法附則第11条の経過措置は継続される。

サービス内容、サービスコード及び単位数は要介護1のものを記載する。

要介護状態区分は、サービス提供月の末日時点の要介護状態区分（上記例においては要支援2）を記載する。

様式八には要支援の記載が存在しないため、別途余白に四角囲みで補記する。認定有効期間はサービス提供月の末日において被保険者が受けている認定（上記例においては要支援2）の有効期間を記載する。

(2) 平成12年4月1日以前より介護老人福祉施設に入所していた旧措置入所者が、平成18年4月1日時点で要介護1の認定を受けて介護老人福祉施設に入所していた。その後、5月20日に要支援1へ変更したが、継続入所する場合の5月分の記載内容。

要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5 要支援1					旧措置入所者特例	1. 無有 ②			
認定有効期間	平成	1	8	年	5	月	2	0	日	から
	平成	1	8	年	1	0	月	3	1	日まで

入所年月日	平成	1	0	年	2	月	1	日	退所年月日	平成		年		月		日	入所実日数	3	1	外泊日数		
退所後の状況	1.居宅 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院																					

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	旧措置施設Ⅱ1	511165	639	31	19809			1
合計								

区分	保険分	公費分
①単位数合計	19809	
②単位数単価	10▲00	円/単位
③給付率	97	/100
④請求額(円)	192147	
⑤利用者負担額(円)	5943	

特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
	福祉施設食費	595111	1380	200	31	42780	36580			6200
福祉施設多床室	595124	320	0	31	9920	9920			0	
合計						52700				6200
						保険分 請求額(円)	46500	公費分 請求額		公費分本人負担月額

注：旧措置入所者でかつ改正法附則第11条の経過措置に該当する場合、旧措置入所者用の要介護1の介護報酬を請求する。サービス内容、サービスコード及び単位数は旧措置入所者用の要介護1のものを記載する。要介護状態区分は、サービス提供月の末日時点の要介護状態区分(上記例においては要支援1)を記載する。様式八には要支援の記載が存在しないため、別途余白に四角囲みで補記する。認定有効期間はサービス提供月の末日において被保険者が受けている認定(上記例においては要支援1)の有効期間を記載する。また、旧措置入所者として保険給付率・特定入所者介護サービス費の負担限度額が減免されていた場合、同減免は継続する。

(3) 重度化対応加算を算定している施設に入所している者が、看取り介護を受けた後、平成18年8月1日に施設で死亡した場合の、平成18年8月分の記載内容。

入所年月日	平成	1	8	年	2	月	1	日	退所年月日	平成	1	8	年	8	月	1	日	入所実日数	1	外泊日数	
退所後の状況		1.居宅 3.医療機関入院 ④死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院																			
給付費明細欄	サービス内容	サービスコード						単位数			回数 日数	サービス単位数			公費分 回数等	公費対象単位数			摘要		
	小福祉施設 I 5	5	1	2	1	5	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0					
	福祉施設重度化対応加算	5	1	6	0	0	1				1	0			1	0					
	福祉施設看取り介護加算 I	5	1	6	2	7	6				1	6	0	3	0						20060801
	合計														5	8	2	0			

注：看取り介護加算は、対象者の死亡月にまとめて請求する。

看取り介護加算のサービスコードを記載する場合は、摘要欄に対象者が死亡した日を数字8桁で記載する。

(4) 看取り介護を受けており、他の医療機関へ入院のため4月10日に施設を退所。その後、5月9日に入院していた医療機関で死亡した場合の記載内容（施設退所日の翌日から死亡日までの期間が30日）。

①平成18年4月分の記載内容。

入所年月日	平成	1	8	年	2	月	1	日	退所年月日	平成	1	8	年	4	月	1	0	日	入所実日数	1	0	外泊日数	
退所後の状況		1.居宅 ③医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院																					
給付費明細欄	サービス内容	サービスコード							単位数	回数日数	サービス単位数			公費分回数等	公費対象単位数			摘要					
	福祉施設 I 5	5	1	1	1	5	1	8	5	9	1	0	8	5	9	0							
	福祉施設重度化対応加算	5	1	6	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0							
	合計											8	6	9	0								

注：看取り介護加算は、対象者の死亡月にまとめて請求するため、死亡月ではない月には記載しない。

②平成18年5月分の記載内容。

入所年月日	平成	1	8	年	2	月	1	日	退所年月日	平成	1	8	年	4	月	1	0	日	入所実日数	0	外泊日数		
退所後の状況		1.居宅 ③医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院																					
給付費明細欄	サービス内容	サービスコード							単位数	回数日数	サービス単位数			公費分回数等	公費対象単位数			摘要					
	福祉施設看取り介護加算Ⅱ	5	1	6	2	7	7	8	0	1	8	0										20060509	
	合計											8	0										

注：看取り介護加算は死亡日以前30日を上限として算定する。ただし、退所した日の翌日から死亡日までの間は算定しないため、上記事例においては1日分のみの請求となる。

なお、上記事例において、死亡日が5月10日であった場合は、死亡日以前30日間で施設退所の翌以降の期間となるため看取り介護加算を請求することはできない。

9. 様式第九

(1) 10日間入所した後、6日間試行的退所を行い、その後施設に戻り月末時点において入所中の場合の記載内容。

入所年月日	平成 1 8 年	1 月	1 日	退所年月日	平成	年	月	日	入所実日数	2 5	外泊日数	6	
主傷病	脳梗塞後遺症			退所後の状況	1.居宅 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院								
給付費明細欄	サービス内容	サービスコード			単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要			
	保健施設 I 2	5	2	1 1 2 1	7 5 1	2 5	1 8 7 7 5						
	保健施設試行的退所サービス費	5	2	6 3 0 1	8 0 0	6	4 8 0 0						
	合計						2 3 5 7 5						
特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード			費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額	
	保健施設食費	5	9	5 2 1 1	1 3 8 0	6 5 0	2 5	3 4 5 0 0	1 8 2 5 0			1 6 2 5 0	
	保健施設従来型個室	5	9	5 2 2 3	1 6 4 0	1 3 1 0	3 1	5 0 8 4 0	1 0 2 3 0			4 0 6 1 0	
	合計							8 5 3 4 0				5 6 8 6 0	
								保険分 請求額(円)	2 8 4 8 0	公費分 請求額	公費分本人負担月額		

注：試行的退所サービス費の算定日数は入所実日数に含めず、外泊日数に含めて記載する。

試行的退所サービス費は初日と最終日を除いた日について1月に6日を限度に請求が可能である。

なお、月をまたいで試行的退所を行った場合には、最大12日を限度に請求が可能である。

試行的退所サービス費または外泊時費用を請求する場合、居住費用にかかる特定入所者介護サービス費は占有の状況に応じた居室区分にて請求可能であるが、食事費用にかかる特定入所者介護サービス費を請求することはできない。

(2) 10日間入所した後、6日間外泊を行い施設に戻った。その後、同月に試行的退所を6日間行い、そのまま退所した場合の記載内容。

入所年月日	平成18年	1月	1日	退所年月日	平成18年	5月	24日	入所実日数	12	外泊日数	12				
主傷病		脳梗塞後遺症				退所後の状況		1.居宅 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院							
給付費明細欄	サービス内容		サービスコード				単位数			回数日数	サービス単位数		公費分回数等	公費対象単位数	摘要
	保健施設Ⅱ1		521311				781			12	9372				1
	保健施設外泊時費用		526300				444			6	2664				
	保健施設試行的退所サービス費		526301				800			6	4800				
	保健施設退所前後訪問指導加算		526501				460			1	460				16
合計										17296					

注：試行的退所サービス費と外泊時費用を連続して算定することはできない。

上記例は以下のとおり外泊と試行的退所を行ったものとなる。

- 5月1日～7日 施設入所
- 5月8日 外泊の開始・・・施設サービス費請求（上記例では保健施設Ⅱ1）
- 5月8日～14日 外泊（6日間）・・・外泊時費用算定請求
- 5月15日 外泊の終了・・・施設サービス費請求（上記例では保健施設Ⅱ1）
- 5月16日～17日 施設入所
- 5月18日 試行的退所の開始・・・施設サービス費請求（上記例では保健施設Ⅱ1）
- 5月19日～24日 試行的退所・・・試行的退所サービス費請求
- 5月24日 退所

(3) 平成18年4月1日以前より要介護1の認定を受けて介護老人保健施設に入所していた者が、平成18年5月1日に要介護状態が要介護1から要支援1へ変更となったが、引き続き入所していた場合の平成18年5月分の記載内容。

要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5 要支援1																										
認定有効期間	平成	1	8	年		5	月		1	日	から	平成	1	8	年	1	1	月	3	0	日	まで					
	入所年月日	平成	1	8	年		1	月	1	0	日	退所年月日	平成			年			月			日	入所実日数	3	1	外泊日数	
退所後の状況	1.居宅 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院																										
給付費明細欄	サービス内容		サービスコード					単位数			回数日数		サービス単位数				公費分回数等	公費対象単位数				摘要					
	保健施設Ⅱ1		5 2 1 3 1 1					7 8 1			3 1		2 4 2 1 1									1					
	合計												2 4 2 1 1														

注：改正法附則第11条における経過措置により、要支援1もしくは要支援2の要支援状態区分であるが施設に継続入所している場合については、要介護1の介護報酬を請求する。従って、サービス内容、サービスコード及び単位数は認定更新後の期間については要介護1のものを記載する。

要介護状態区分は、サービス提供月の末日時点の要介護状態区分(上記例においては要支援1)を記載する。様式九には要支援の記載が存在しないため、別途余白に四角囲みで補記する。認定定有効期間はサービス提供月の末日において被保険者が受けている認定(上記例においては要支援1)の有効期間を記載する。

※改正法附則第11条(要約)

施行日において旧指定介護老人福祉施設等に入所し、又は入院し、施設サービス費の支給を受けていた者であって、施行日以後に要支援認定を受けたものは、施行日から起算して3年間に限り、施行日以後引き続き当該旧指定介護老人福祉施設等に入所し、又は入院している間は、新要介護認定を受けた者とみなされる。

10. 給付管理票（様式第十一）

（1）居宅介護支援事業者が給付管理票を作成する場合の記載内容。

保険者番号										保険者名																			
4 8 9 9 9 9										保険者																			
被保険者番号										被保険者氏名																			
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9										フリガナ ヒホケンヤ 被保険者																			
生年月日					性別					要支援・要介護状態区分																			
明・大 昭 5 年 1 月 1 日					男 女					要支援 1・2 経過的要介護 要介護 1・2・3・4・5																			
居宅サービス・介護予防サービス 支給限度基準額										限度額適用期間																			
16,580 単位/月										平成 18 年 1 月					~ 平成 18 年 6 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作成														
															居宅介護/介護予防 支援事業所番号										4 8 9 9 9 9 9 9 9 9				
担当介護支援専門員番号										4 8 9 9 9 9 9 9 9 9					□□介護支援事業所名														
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										事業所所在地																			
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																								

注：要介護者についての給付管理票は居宅介護支援事業所が作成する。

担当介護支援専門員番号には給付管理を行った介護支援専門員の指定介護支援専門員番号を記載する。

(2) 介護予防支援事業所（地域包括支援センター）が給付管理票を作成する場合の記載内容。

保険者番号										保険者名									
4 8 9 9 9 9										保険者									
被保険者番号										被保険者氏名									
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9										フリガナ ヒホケンヤ 被保険者									
生年月日					性別					要支援・要介護状態区分									
明・大 昭 5 年 1 月 1 日					男 女					要支援 1、2 経過的要介護・要介護 1・2・3・4・5									
居宅サービス・介護予防サービス 支給限度基準額										限度額適用期間									
4,970 単位/月										平成 18 年 6 月					~ 平成 18 年 12 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作成														
居宅介護/介護予防 支援事業所番号										4 8 0 9 9 9 9 9 9				
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										〇〇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										事業所所在地				
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																		
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		
予防サービス事業所A		4 8 1 1 1 1 1 1 1 1								指定 基準該当・ 地域密着		介護予防訪問介護		6 1		1 2 3 4		
予防サービス事業所B		4 8 1 1 1 1 1 1 1 2								指定 基準該当・ 地域密着		介護予防通所介護		6 6		2 8 2 1		
										指定・基準該当・ 地域密着								
										指定・基準該当・ 地域密着								
合計												4 0 5 5						

注：介護予防支援事業所（地域包括支援センター）が作成する場合、介護予防支援事業所番号には地域包括支援センターの事業所番号を記載する。

地域包括支援センターでの介護予防支援において介護支援専門員がない場合には、担当介護支援専門員番号に記載をしない。

(3) 介護予防支援事業所（地域包括支援センター）が居宅介護支援事業者へケアマネジメント業務を委託した場合の記載内容。

保険者番号										保険者名									
4 8 9 9 9 9										保険者									
被保険者番号										被保険者氏名									
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9										フリガナ ヒホケンヤ 被保険者									
生年月日					性別					要支援・要介護状態区分									
明・大 昭 5 年 1 月 1 日					男 女					要支援 2 経過的要介護・要介護 1・2・3・4・5									
居宅サービス・介護予防サービス 支給限度基準額										限度額適用期間									
4,970 単位/月										平成 18 年 6 月					~ 平成 18 年 12 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作成																			
居宅介護/介護予防 支援事業所番号					4 8 0 9 9 9 9 9 9 9														
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					〇〇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					事業所所在地														
委託した 場合					委託先の支援事業所 番号														
					4 8 8 8 8 8 8 8 8 8														
					介護支援専門員番号														
					4 8 8 8 8 8 8 8 8 8														

注：介護予防支援事業所（地域包括支援センター）が介護予防支援を居宅介護支援事業所へ委託した場合、給付管理票は地域包括支援センターが作成する。介護予防支援事業所番号には地域包括支援センターの事業所番号を記載する。

介護支援専門員がない場合には、担当介護支援専門員番号には何も記載しない。

委託した場合の介護支援専門員番号欄には、委託先居宅介護支援事業所のサービス計画を作成した介護支援専門員の指定介護支援専門員番号を記載する。

(4) 小規模多機能型居宅介護事業所が給付管理票を作成する場合の記載内容。

保険者番号										保険者名									
4 8 9 9 9 9										保険者									
被保険者番号										被保険者氏名									
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9										フリガナ ヒホケンヤ 被保険者									
生年月日					性別					要支援・要介護状態区分									
明・大 昭 11年 11月 11日					男 女					要支援 1・2 経過的要介護 要介護 1・2・3・4・5									
居宅サービス・介護予防サービス支給限度基準額										限度額適用期間									
16,580 単位/月										平成 18年 4月					~ 平成 18年 10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作成														
居宅介護/介護予防支援事業所番号		4 8 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9												
担当介護支援専門員番号		4 8 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9												
居宅介護/介護予防支援事業者の事業所名		小規模多機能型居宅介護事業所												
支援事業者の事業所所在地及び連絡先		事業所所在地												
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																		
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		
小規模多機能型居宅介護事業所		4 8 9 9 9 9 9 9 9 9								指定・基準該当・地域密着		小規模多機能型居宅介護		7 3		1 1 4 3 0		
										指定・基準該当・地域密着								
										指定・基準該当・地域密着								
										指定・基準該当・地域密着								
合計												1 1 4 3 0						

注：月を通じて小規模多機能型居宅介護支援サービスを受給している被保険者の給付管理票は小規模多機能型居宅介護事業所が作成する。

その場合において、居宅介護支援費については小規模多機能型居宅介護支援サービスの報酬に含まれていることから、居宅介護支援介護給付費明細書（様式第七）による居宅支援費の請求を別途行うことはできない。（以上については介護予防小規模多機能型居宅介護に関しても同様の取扱いとなる。）

なお、小規模多機能型居宅介護事業所（介護予防も含む）が給付管理票を作成する場合、居宅介護/介護予防支援事業所欄およびサービス事業所欄には同じ小規模多機能型居宅介護事業所番号が記載され、給付管理票情報作成区分コードには、小規模多機能型居宅介護事業所作成の場合は「1：居宅介護支援事業者作成」を、介護予防小規模多機能型居宅介護事業所作成の場合は「3：介護予防支援事業者作成」を記載する。

(5) 経過的要介護者が平成18年4月以降に要介護更新認定を受け、月途中(10日)に要介護状態区分が経過的要介護から要支援1へと変更した場合の記載内容。

保険者番号		保険者名	
4 8 9 9 9 9		保険者	
被保険者番号		被保険者氏名	
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9		フリガナ ヒホケンヤ 被保険者	
生年月日		性別	要支援・要介護状態区分
明・大(昭) 5年1月1日		男(女)	要支援1・2 経過的要介護・要介護1・2・3・4・5
居宅サービス・介護予防サービス支給限度基準額		限度額適用期間	
6,150 単位/月		平成18年6月 ~ 平成18年12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作成	
居宅介護/介護予防支援事業所番号	4 8 0 9 9 9 9 9 9 9
担当介護支援専門員番号	4 8 9 9 9 9 9 9
居宅介護/介護予防支援事業者の事業所名	〇〇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	事業所所在地
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																	
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							
介護サービス事業所A	4	8	1	1	1	1	1	1	1	指定	基準該当・地域密着	1	5	1	0	5	8
予防サービス事業所B	4	8	1	1	1	1	1	1	2	指定	基準該当・地域密着	6	5	2	9	2	
										指定	基準該当・地域密着						
										指定	基準該当・地域密着						
合計												1	3	5	0		

注：月途中に要介護状態が経過的要介護から要支援1に変更となった場合、給付管理票は月末時点の支援事業所が作成する。上記事例においては、介護予防支援事業所(地域包括支援センター)が作成する。上記事例のように、月の途中で要介護状態・要支援状態をまたがる変更があった場合、介護予防支援事業者が経過的要介護から要介護5の要介護状態区分の記載を行う場合があるので留意すること。要介護状態区分及び支給限度基準額には、月を通じて重い方の要介護状態区分及び支給限度基準額を記載する(上記事例においては、経過的要介護が要支援1より重い方の要介護状態区分となる)。なお、月額報酬のサービスについて、要介護認定区分の変更(要介護状態・要支援状態をまたがる認定区分の変更を含む。)が行われた場合などについては、月単位の単位数ではなく、日割りの単位数での計画単位数を記載する。

(6) 経過的要介護者が平成18年4月以降に要介護更新認定を受け、月途中に(10日)に要介護状態区分が経過的要介護から要支援2へと変更した場合の記載内容。

保険者番号		保険者名	
4 8 9 9 9 9		保険者	
被保険者番号		被保険者氏名	
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9		フリガナ ヒホケンヤ 被保険者	
生年月日		性別	要支援・要介護状態区分
明・大 昭 5年1月1日		男 女	要支援1 2 経過的要介護・要介護1・2・3・4・5
居宅サービス・介護予防サービス 支給限度基準額		限度額適用期間	
10,400 単位/月		平成18年6月 ~ 平成18年12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作成	
居宅介護/介護予防 支援事業所番号	4 8 0 9 9 9 9 9 9 9
担当介護支援専門員 番号	4 8 9 9 9 9 9 9
居宅介護/介護予防 支援事業者の事業所 名	〇〇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	事業所所在地
委託先 の 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						
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
介護サービス事業所A	4	8 1 1 1 1 1 1 1 1	指定・基準該当・ 地域密着	通所介護	1 5	1 0 5 8
予防サービス事業所B	4	8 1 1 1 1 1 1 1 2	指定・基準該当・ 地域密着	介護予防通所介護	6 5	2 9 2
			指定・基準該当・ 地域密着			
			指定・基準該当・ 地域密着			
合計						1 3 5 0

注：月途中に要介護状態が経過的要介護から要支援2に変更となった場合、給付管理票は月末時点の支援事業所が作成する。上記事例においては、介護予防支援事業所（地域包括支援センター）が作成する。要介護状態区分及び支給限度基準額には、月を通じて重い方の要介護状態区分及び支給限度基準額を記載する（上記事例においては、要支援2が経過的要介護より重い方の要介護状態区分となる）。なお、月額報酬のサービスについて、要介護認定区分の変更（要介護状態・要支援状態をまたがる認定区分の変更を含む。）が行われた場合などについては、月単位の単位数ではなく、日割りの単位数での計画単位数を記載する。

(7) 訪問介護サービスを受けていた被保険者が月の途中から小規模多機能型居宅介護サービスの利用を開始した場合の記載内容。

保険者番号										保険者名									
4 8 9 9 9 9										保険者									
被保険者番号										被保険者氏名									
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9										フリガナ ヒホケンシヤ 被保険者									
生年月日					性別					要支援・要介護状態区分									
明・大 昭 11年 11月 11日					男 女					要支援1・2 経過的要介護 要介護1・2・3・4・5									
居宅サービス・介護予防サービス 支給限度基準額										限度額適用期間									
16,580 単位/月										平成 18年 4月					~ 平成 18年 10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作成														
居宅介護/介護予防 支援事業所番号			4 8 9 9 9 9 9 9 9 9											
担当介護支援専門員番号			4 8 9 9 9 9 9 9 9 9											
居宅介護/介護予防 支援事業者の事業所名			居宅介護支援事業所											
支援事業者の 事業所所在地及び連絡先			事業所所在地											
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																		
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		
訪問介護事業所		4 8 7 1 1 1 1 1 1 1								指定 基準該当・ 地域密着		訪問介護		1 1		3 4 6 5		
小規模多機能型居宅介護 事業所		4 8 9 2 2 2 2 2 2 2								指定・基準該当 地域密着		小規模多機能型居宅介護		7 3		5 6 4 0		
										指定・基準該当・ 地域密着								
										指定・基準該当・ 地域密着								
合計												9 1 0 5						

注：訪問介護サービスを利用していただいた被保険者が月の途中から小規模多機能型居宅介護支援サービスの利用を開始するなど、月の一部の期間において利用者が小規模多機能型居宅介護を利用し、かつ当該期間を除いて居宅介護支援を受けた場合には、月末時点の事業所ではなく、居宅介護支援事業所が小規模多機能型居宅介護サービスを含めた給付管理票を作成する。

その場合において、居宅介護支援費についても居宅介護支援事業所が居宅介護支援介護給付費明細書（様式第七）による請求を行うこととなる。（以上については介護予防小規模多機能型居宅介護と介護予防支援に関しても同様の取扱いとなる。）