

4. 介護給付費明細書の記載例

<注意>

記載例における各サービスコードのサービス項目コード、単位数及び単位数単価はあくまで例であり、実際のサービス項目コード、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。

No.	項目	記載例	種別 (※)	説明
1	令和3年9月30日 までの上乗せ分 (注1)	例1	請	令和3年9月30日までの上乗せ分を請求するパターン。 (端数処理において、小数点以下四捨五入を行うと1単位以上となる場合)
2		例2	請	令和3年9月30日までの上乗せ分を請求するパターン。 (端数処理において、小数点以下四捨五入を行うと1単位未満となる場合)
3		例3	請	令和3年9月30日までの上乗せ分を請求するパターン。 (基本報酬を含むサービスコードが複数の場合)
4		例4	請	令和3年9月30日までの上乗せ分を請求するパターン。 (計画単位数を超過する場合)
5		例5	請	令和3年9月30日までの上乗せ分を請求するパターン。 (特定施設入居者生活介護費の外部サービス利用型以外の場合)
6		例6	請	令和3年9月30日までの上乗せ分を請求するパターン。 (特定施設入居者生活介護費の外部サービス利用型の場合)
7		例7	請	令和3年9月30日までの上乗せ分を請求するパターン。 (介護予防特定施設入居者生活介護費の外部サービス利用型の場合)
8	看取り期における サービス利用実績 がない場合の居宅 介護支援費	例8	給	サービス利用の実績がない場合に居宅介護支援費を請求するパターン。 (計画したサービス種類が1種類の場合)
			請	
9		例9	給	サービス利用の実績がない場合に居宅介護支援費を請求するパターン。 (計画したサービス種類が複数の場合)
			請	

※種別については以下のとおりとする

給 …給付管理票 請 …請求明細書

注1 令和3年9月30日までは必ず当該上乗せ分の請求を行う必要がある。当該上乗せ分の請求を行わない場合、国保連合会の審査において返戻となる。

様式第二（附則第二条関係）

記載例 1

令和3年9月30日までの上乗せ分を請求するパターン。

（端数処理において、小数点以下四捨五入を行うと1単位以上となる場合）

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・地域密着型通所介護・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）・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・短期利用以外）

公費負担者番号												令和		0		3		年		0		4		月分	
公費受給者番号												保険者番号		9		0		1		0		0		1	
被保険者	被保険者番号	0000001111										請求事業者	事業所番号	90700000010											
	(フリガナ)	カゴ イロ											事業所名称	〇〇事業所											
	氏名	介護 一郎											所在地	〒999-9999 〇〇県〇〇市△△町1-1-1											
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 性別 1.男 2.女 30年03月03日											連絡先	電話番号 099-111-1111											
	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 03年04月01日から 令和 04年03月31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		9070000110										事業所名称		〇〇居宅介護支援事業所									
開始年月日	1. 平成 2. 令和		年		月		日		中止年月日		令和		令和3年9月30日までの上乗せ分は、本体報酬を含むサービスコード（11-6839：身体01・2人・I）のサービス単位数に対して、+0.1%（小数点以下四捨五入）に相当する単位数を算出し、「単位数」、「サービス単位数」に記載する。また、「回数」は必ず1回と記載すること。4,010×0.001=4.01 ⇒4単位（小数点以下四捨五入）※令和3年9月30日までは必ず当該上乗せ分の請求を行う必要がある。												
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 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															
	身体01・2人・I	116839		401		10		4010																	
	訪問介護令和3年9月30日までの上乗せ分	118300				4		4																	
	訪問介護共生型サービス居宅介護1	116361				1		-1204																	
	訪問介護処遇改善加算II	116274		281		1		281																	
給付費明細欄（住所等特例対象者）	訪問介護共生型サービス居宅介護1は、本体報酬を含むサービスコードと、令和3年9月30日までの上乗せ分を含めて算出する。 (4,010+4) × (-0.3) = -1,204.2 ⇒ -1,204単位（小数点以下四捨五入）		訪問介護処遇改善加算IIは、本体報酬を含むサービスコードと、令和3年9月30日までの上乗せ分と、訪問介護共生型サービス居宅介護1を含めて算出する。 (4,010+4-1,204) × 0.1 = 281単位																						
請求額集計欄	①サービス種類コード／②名称	11																							
	③サービス実日数	10日																							
	④計画単位数	2810																							
	⑤限度額管理対象単位数	2810																							
	⑥限度額管理対象外単位数	281																							
	⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）+⑥	3091																							
	⑧公費分単位数	0																							
	⑨単位数単価	1000円／単位																							
	⑩保険請求額	27819																							
	⑪利用者負担額	3091																							
	⑫公費請求額	0																							
	⑬公費分本人負担	0																							
	社会福祉法人等による軽減欄	軽減率	%		受領すべき利用者負担の総額（円）		軽減額（円）		軽減後利用者負担額（円）		備考														

様式第二（附則第二条関係）

記載例 2

令和3年9月30日までの上乗せ分を請求するパターン。
（端数処理において、小数点以下四捨五入を行うと1単位未満となる場合）

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・地域密着型通所介護・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)・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以外))

公費負担者番号

公費受給者番号

令和03年04月

保険者番号901001

被保険者

被保険者番号0000001111

(フリガナ)カゴ イロ

氏名介護 一郎

生年月日1.明治2.大正3.昭和性別1.男2.女

要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03年03月03日から04年03月31日まで

請求事業者

事業所番号9070000010

事業所名称〇〇事業所

所在地〒999-9999 〇〇県〇〇市△△町1-1-1

連絡先電話番号 099-111-1111

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9070000110 事業所名称〇〇事業所

開始年月日1.平成2.令和 中止年月日令和

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.介護医療院入所 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
身体01・2人・I	116839	401	1	401
訪問介護令和3年9月30日までの上乗せ分	118300	1	1	1
訪問介護共生型サービス居宅介護1	116361	-	1	1
訪問介護処遇改善加算II	116274	28	1	28

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	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	11																		
③サービス実日数	1	日																	
④計画単位数			281																
⑤限度額管理対象単位数			281																
⑥限度額管理対象外単位数			28																
⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)＋⑥			309																
⑧公費分単位数			0																
⑨単位数単価	1000	円／単位																	
⑩保険請求額			2781																
⑪利用者負担額			309																
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

令和3年9月30日までの上乗せ分は、本体報酬を含むサービスコード(11-6839:身体01・2人・I)のサービス単位数に対して、+0.1%(小数点以下四捨五入。ただし、1単位未満となる場合は小数点以下切り上げ)に相当する単位数を算出し、「単位数」、「サービス単位数」に記載する。

また、「回数」は必ず1回と記載すること。

401×0.001=0.401⇒1単位(小数点以下四捨五入すると1単位未満となるため、小数点以下切り上げ)

※令和3年9月30日までは必ず当該上乗せ分の請求を行う必要がある。

様式第二（附則第二条関係）

記載例 3

令和3年9月30日までの上乗せ分を請求するパターン。
（基本報酬を含むサービスコードが複数の場合）

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・定期夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・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（短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）

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）

公費負担者番号

公費受給者番号

令和03年04月分

保険者番号901001

被保険者

事業所

請求事業者

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

0000001111

カコ 伊吹

介護 一郎

1.明治 2.大正 3.昭和 性別 1.男 2.女

30年03月03日

要介護1 2・3・4・5

1.平成 2.令和 令和04年03月31日 から

事業所番号

事業所名称

所在地

連絡先

90700000010

〇〇事業所

〒999-9999 〇〇県〇〇市△△町1-1-1

電話番号 099-111-1111

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 90700000110 事業所名称 〇〇居宅介護支援事業所

開始年月日

1. 平成 2. 令和

中止年月日

令和

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

身1生1・2人・夜・I

112017

952

2

1904

本体報酬を含むサービスコード（11-2017：身1生1・2人・夜・I、11-2018：身1生1・2人・深・I）のサービス単位数の合計に対して、+0.1%（小数点以下四捨五入）に相当する単位数を算出し、「単位数」、「サービス単位数」に記載する。

身1生1・2人・深・I

112018

1141

3

3423

また、「回数」は必ず1回と記載すること。

訪問介護令和3年9月30日までの上乗せ分

118300

5

1

5

（1,904+3,423）×0.001=5.327 ⇒5単位（小数点以下四捨五入）

訪問介護処遇改善加算II

116274

533

1

533

※令和3年9月30日までは必ず当該上乗せ分の請求を行う必要がある。

給付費明細欄（住所等特例対象者）

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

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

11

5日

5332

5332

533

5865

0

1000円／単位

52785

5865

0

0

給付率（/100）

保険

公費

合計

90

52785

5865

社会福祉法人等による軽減欄

軽減率

軽減後利用者負担の総額（円）

軽減額（円）

軽減後利用者負担額（円）

備考

様式第二（附則第二条関係）

記載例 4

令和3年9月30日までの上乗せ分
を請求するパターン。
(計画単位数を超過する場合)

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・地域密着型通所介護・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)) (計画単位数を超過する場合)

[illegible]

様式第六の三（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
(特定施設入居者生活介護（短期利用以外）・地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用以外）)

記載例 5
令和 3 年 9 月 30 日までの上乗せ分
を請求するパターン。
(特定施設入居者生活介護費の外部サービス利用型以外の場合)

公費負担者番号												令和		0		3		年		0		4		月分				
公費受給者番号												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										請求事業者	事業所番号	9 0 7 0 0 0 0 0 1 0														
	(フリガナ)	カゴ イロ											事業所名称	〇〇事業所														
	氏名	介護 一郎											所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9 〇〇県〇〇市△△町 1-1-1														
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 性別 1. 男 2. 女 3 0 年 0 3 月 0 3 日											連絡先	電話番号 099-111-1111														
	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	0 3 年 0 4 月 0 1 日 から																										
	令和	0 4 年 0 3 月 3 1 日 まで																										
入居年月日	1. 平成 2. 令和	0 3 年 0 4 月 0 1 日										退居年月日	令和 年 月 日										入居実日数	3 0		外泊日数		
入居前の状況		1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他 9.介護医療院																										
退居後の状況		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 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 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 5	3	3	1	1	5	1	8	0	7	3	0	2	4	2	1	0									
特定施設令和 3 年 9 月 30 日までの上乗せ分	3	3	8	3	0	0	2	4	1					2	4										
特定施設身体拘束廃止未実施減算 5	3	3	6	3	0	8	-	8	1	3	0	-	2	4	3	0									
合計																									

本体報酬を含むサービスコード（33-1151：特定施設生活介護 5）のサービス単位数に対して、+0.1%（小数点以下四捨五入）に相当する単位数を算出し、「サービス単位数」に記載する。
 また、「単位数」、「サービス単位数」に記載する。
 また、「回数」は必ず 1 回と記載すること。
 $24,210 \times 0.001 = 24.21 \Rightarrow 24$ 単位（小数点以下四捨五入）
※令和 3 年 9 月 30 日までは必ず当該上乗せ分の請求を行う必要がある。

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		0
	②外部利用型上限管理対象単位数		0
	③外部利用型外給付単位数		0
	④給付単位数	2 1 8 0 4	
	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）	1 9 6 2 3 6	
	⑧利用者負担額（円）	2 1 8 0 4	

様式第六の三（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
(特定施設入居者生活介護（短期利用以外）・地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用以外）)

記載例 6
令和 3 年 9 月 30 日までの上乗せ分を請求するパターン。
(特定施設入居者生活介護費の外部サービス利用型の場合)

公費負担者番号												令和		0		3		年		0		4		月分				
公費受給者番号												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										請求事業者	事業所番号	9 0 7 0 0 0 0 0 1 0														
	(フリガナ)	カゴ イロ											事業所名称	〇〇事業所														
	氏名	介護 一郎											所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9 〇〇県〇〇市△△町 1-1-1														
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 性別 1. 男 2. 女 3 0 年 0 3 月 0 3 日											連絡先	電話番号 099-111-1111														
	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	0 3 年 0 4 月 0 1 日 から																										
	令和	0 4 年 0 3 月 3 1 日 まで																										
入居年月日	1.平成 2.令和	0 3 年 0 4 月 0 1 日										退居年月日	令和 年 月 日										入居実日数	1 5		外泊日数		
入居前の状況		1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他 9.介護医療院																										
退居後の状況		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 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 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	3	1	5			1	2	4	5							
外部身体介護 3	3	3	1	3	1	3			2	6	2	1	0			2	6	2	0						
外部訪問看護 I 3	3	3	1	5	1	3			7	3	9		5			3	6	9	5						
外部令和 3 年 9 月 30 日までの上乗せ分	3	3	8	3	0	1				8		1						8							
合計																									

本体報酬を含むサービスコード（33-1151：特定施設生活介護 5）と、外部サービス利用型の全サービス種類に関するサービスコード（33-1313：外部身体介護 3、33-1513：外部訪問看護 I 3）のサービス単位数の合計に対して、+0.1%（小数点以下四捨五入）に相当する単位数を算出し、「単位数」、「サービス単位数」に記載する。
 また、「回数」は必ず 1 回と記載すること。
 （1, 245+2, 620+3, 695）×0.001=7.56 ⇒8 単位（小数点以下四捨五入）
※令和 3 年 9 月 30 日までは必ず当該上乗せ分の請求を行う必要がある。

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	4	5	5	3						
	②外部利用型上限管理対象単位数			7	5	6	8						
	③外部利用型外給付単位数						0						
	④給付単位数			7	5	6	8						
	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）		6	8	1	1	2						
	⑧利用者負担額（円）			7	5	6	8						

様式第六の四（附則第二条関係）

介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防特定施設入居者生活介護)

記載例 7
令和3年9月30日までの上乗せ分を請求するパターン。
(介護予防特定施設入居者生活介護費の外部サービス利用型の場合)

公費負担者番号										令和 0 3 年 0 4 月 分													
公費受給者番号										保険者番号													
被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 1 1 1 1										請求事業者	事業所番号	9 0 7 0 0 0 0 0 1 0									
	(フリガナ)	カゴ イロウ											事業所名称	〇〇事業所									
	氏名	介護 一郎											所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9 〇〇県〇〇市△△町 1-1-1									
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和					性別	1. 男 2. 女															
	3 0 年 0 3 月 0 3 日																						
	要支援状態区分	要支援 1 要支援 2											連絡先	電話番号 099-111-1111									
認定有効期間	1.平成 2.令和 0 3 年 0 4 月 0 1 日 から																						
令和 0 4 年 0 3 月 3 1 日 まで																							
入居年月日	1.平成 2.令和 0 3 年 0 4 月 0 1 日										退居年月日	令和 年 月 日											
入居前の状況		1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他 9.介護医療院																					
退居後の状況		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 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 日数	サービス単位数			公費分 回数等	公費対象単位数			摘要	
予防外部特定施設生活	3	5	1	2	0	1		5	6	1	5			8	4	0			
予防外部訪問介護Ⅰ	3	5	1	3	1	1					1			1	0	5	7		
予防外部訪問看護Ⅰ 1	3	5	1	5	1	1		2	7	2		5		1	3	6	0		
予防外部通所介護 2	3	5	1	7	1	2					1			3	0	8	4		
予防外部令和 3 年 9 月 30 日までの上乗せ分	3	5	8	3	0	1			6		1					6			

本体報酬を含むサービスコード（35-1201：予防外部特定施設生活）と、外部サービス利用型の全サービス種類に関するサービスコード（35-1311：予防外部訪問介護 I、35-1511：予防外部訪問看護 I 1、35-1712：予防外部通所介護 2）のサービス単位数の合計に対して、+0.1%（小数点以下四捨五入）に相当する単位数を算出し、「単位数」、「サービス単位数」に記載する。
また、「回数」は必ず1回と記載すること。
(840+1,057+1,360+3,084) × 0.001 = 6.341 ⇒ 6 単位（小数点以下四捨五入）
※令和3年9月30日までは必ず当該上乗せ分の請求を行う必要がある。

請求額集計欄	区分		※令和３年９月３０日までは必ず当該上乘せ分の請求									
	①外部利用型給付上限単位数		1	0	5	3	1					
	②外部利用型上限管理対象単位数			6	3	4	7					
	③外部利用型外給付単位数						0					
	④給付単位数			6	3	4	7					
	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）		5	7	1	2	3					
	⑧利用者負担額（円）			6	3	4	7					

様式第十一（附則第二条関係）

記載例 8

サービス利用の実績がない場合に居宅介護支援費を請求するパターン。
(計画したサービス種類が1種類の場合)

給付管理票（令和 3 年 4 月分）

保険者番号							保険者名			
	9	0	1	0	0	1	□□市			
被保険者番号							被保険者氏名			
0	0	0	0	0	0	1	1	1	フリガナ	カゴ ^コ イチロウ
							介護 一郎			
生年月日						性別		要支援・要介護状態区分等		
明・大(昭)						(男)・女		事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4 (5)		
30年 3月 3日										
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				
36,217 単位／月						1.平成 2.令和		3年 3月	～	令和 4年 3月

[illegible][illegible]

様式第七（附則第二条関係）

居宅介護支援介護給付費明細書

										令和03年04月分										
公費負担者番号										保険者番号901001										
居宅介護支援事業者	事業所番号	9070000110								所在地	〒111-1111 〇〇県△△市□□1-1									
	事業所名称	〇〇居宅介護支援事業所								連絡先	電話番号 099-111-1111									
										単位数単価	1000 (円/単位)									

項番	被保険者	被保険者番号	0000001111										(フリガナ)	カゴ イロウ										性別	1. 男 2. 女						
		公費受給者番号											氏名	介護 一郎																	
給付費明細欄	被保険者	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和										要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5		認定有効期間	1. 平成		3年		3月		1日		から						
		30年		3月		3日		令和		4年		3月					31日		まで												
		30年		3月		3日		令和		4年		3月					31日		まで												
		30年		3月		3日		令和		4年		3月					31日		まで												
給付費明細欄	被保険者	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	1. 平成		3年		4月		1日											
		30年		3月		3日		令和		4年		3月		31日																	
		30年		3月		3日		令和		4年		3月		31日																	
		30年		3月		3日		令和		4年		3月		31日																	
給付費明細欄	被保険者	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	摘要	サービス単位数合計														
		居宅介護支援 I i 2										432211	1398	1	1398		1799														
		居宅支援令和3年9月30日までの上乗せ分										438300	1	1	1		請求額合計														
		居宅支援ターミナルケアマネジメント加算										436100	400	1	400		17990														
給付費明細欄	被保険者																														
給付費明細欄	被保険者	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	摘要	サービス単位数合計														
																請求額合計															

令和3年9月30日までの上乗せ分は、本体報酬を含むサービスコード（43-2211：居宅介護支援 I i 2）のサービス単位数に対して、+0.1%（小数点以下四捨五入）に相当する単位数を算出し、「単位数」、「サービス単位数」に記載する。

また、「回数」は必ず1回と記載すること。

1,398×0.001=1.398 ⇒1単位（小数点以下四捨五入）

※令和3年9月30日までは必ず当該上乗せ分の請求を行う必要がある。

項番	被保険者	被保険者番号											(フリガナ)	カゴ イロウ										性別	1. 男 2. 女	
		公費受給者番号											氏名	介護 一郎												
給付費明細欄	被保険者	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和										要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5		認定有効期間	1. 平成		3年		3月		1日		から	
		30年		3月		3日		令和		4年		3月					31日		まで							
		30年		3月		3日		令和		4年		3月					31日		まで							
		30年		3月		3日		令和		4年		3月					31日		まで							
給付費明細欄	被保険者	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	1. 平成		3年		4月		1日						
		30年		3月		3日		令和		4年		3月		31日												
		30年		3月		3日		令和		4年		3月		31日												
		30年		3月		3日		令和		4年		3月		31日												
給付費明細欄	被保険者	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	摘要	サービス単位数合計									
																請求額合計										

様式第十一（附則第二条関係）

記載例 9

サービス利用の実績がない場合に居宅介護支援費を請求するパターン。
(計画したサービス種類が複数の場合)

給付管理票（令和 3 年 4 月分）

保険者番号							保険者名				
	9	0	1	0	0	1	□□市				
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	カコゝ 伊吹
							介護 一郎				
生年月日						性別	要支援・要介護状態区分等				
明・大(昭)						男・女	事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5				
30年 3月 3日											
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					
36,217 単位/月						1.平成 2.令和	3年 3月	~	令和 4年 3月		

[illegible][illegible]

居宅介護支援介護給付費明細書

						令和	0	3	年	0	4	月分																					
公費負担者番号						保険者番号							9	0	1	0	0	1															
居宅介護 支援事業者	事業所 番号	9	0	7	0	0	0	0	1	1	0	所在地							〒	1	1	1	1	ー	1	1	1	1					
	事業所 名称	〇〇居宅介護支援事業所									〇〇県△△市□□１－１																						
		連絡先	電話番号 099－111－1111																														
		単位数単価	1	0	0	0	(円／単位)																										
項番	被保険者番号		0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	(フリガナ)	カコゝ イロウ										性別	1. 男 2. 女								
被保険者	公費受給者番号											氏名	介護 一郎																				
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和									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		3	年	3	月	1	日	から											
		3	0	年	3	月	3	日	令和					4	年	3	月	3	1	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	1. 平成 2. 令和		3	年	4	月	1	日													
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			摘要			サービス単位数合計																
	居宅介護支援 I i 2			4	3	2	2	1	1	1	3	9	8	1	1	3	9	8				1	7	9	9								
	居宅支援令和3年9月30日までの上乗せ分			4	3	8	3	0	0	1	1	1						請求額合計															
	居宅支援ターミナルケアマネジメント加算			4	3	6	1	0	0	4	0	0	1	4			0	0	1			7	9	9	0								
項番	被保険者番号											氏名	カコゝ イロウ										性別	1. 男 2. 女									
被保険者	公費受給者番号											氏名	カコゝ イロウ																				
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和									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	令和						年		月		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	1. 平成 2. 令和			年		月		日													
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			摘要			サービス単位数合計																
																	請求額合計																

＜注意＞

記載例における各サービスコードのサービス項目コード、単位数及び単位数単価はあくまで例であり、実際のサービス項目コード、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。

No.	項目	例	種別 (※)	説明
1	総合事業の対象者等の弾力化	例1	ケ	市町村が補助する総合事業サービスのみを要介護者が利用し、介護予防ケアマネジメント（様式第七の三）を請求する場合の請求明細書
2		例2	請	国で示されている単位数を超過して記載する場合の請求明細書
3		例3	ケ	国で示されている単位数を超過して介護予防ケアマネジメント費の単位数を記載する場合の請求明細書

※種別については以下のとおりとする

請・・・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）

ケ・・・介護予防・日常生活支援総合事業費明細書（介護予防ケアマネジメント費）

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
(介護予防ケアマネジメント費)

記載例 1
市町村が補助する総合事業サービスの
のみを利用し、介護予防ケアマネジ
メント（様式第七の三）を請求する
場合の請求明細書

公費負担者番号

公費受給者番号

令和

0

3

年

0

4

月分

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

2

2

2

2

(フリガナ)

カイゴ シロウ

氏名

介護 次郎

生年月日

1.明治 2.大正 3.昭和

0

5

年

0

6

月

0

2

日

性別

1. 男 2. 女

要支援
状態区分等

事業対象者 要支援1・2
(継続利用の場合 要介護1 2・3・4・5)

認定有効
期間

1.平成 2.令和

0

3

年

0

4

月

0

1

日

から

0

4

年

0

3

月

3

1

日

まで

請求事業者

事業所
番号

9

0

0

0

0

0

0

2

2

0

事業所
名称

〇〇地域包括支援センター

所在地

〒 9 9 9 - 2 2 2 2
〇〇県〇〇市△△町 22-2-2

連絡先

電話番号 099-222-0002

要介護者の要介護度を選択する

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					
	介護予防ケアマネジメント・要介護者		A	F	3	0	0	1		4	3	8		1			4	3	8							

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	区分	事業分						公費分			
	①サービス単位数合計				4	3	8				
	②単位数単価	1	0	2	1	円／単位					
	③給付率							／100			
	④事業費請求額（円）			4	4	7	1				

様式第二の三（附則第二条関係）

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

国で示されている単位数を超過して
記載する場合の請求明細書

公費負担者番号								
公費受給者番号								

令和						
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	3	3	3	3	
	(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	5	月	1	5			
	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	1.平成 2.令和	0	3	年	0	4	月	0	1	日	から	
	令和	0	4	年	0	3	月	3	1	日	まで	

請求事業者	事業所番号	9	0	7	0	0	0	0	0	3	0
	事業所名称	〇〇事業所									
	所在地	〒	9	9	9	－	3	3	3		
		〇〇県□□市△△町 3-3-3									
	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	0	0	3	3	0	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
-----------	----------------	--	---	--	---	--	---	-----------	----	--	---	--	---	--	---

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	
	訪問型独自サービスⅠ	A	2	1	1	1	1	1	5	0	0	1			1	5	0	0					
	訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅰ	A	2	6	2	6	9		2	0	6	1			2	0	6						
	訪問型独自サービス特定処遇改善加算Ⅰ	A	2	6	2	7	8			9	5	1			9	5							
事業費明細欄 (住所地利 対象者)	サービス内容																					役所在 者番号	摘要

国が示している単位数を超過した単位数を保険者にて定めることができるようになるため、A2-1111：訪問型独自サービスⅠの国が示している単位数「1,176」を超過した単位数を請求することが可能となる

但し、処遇改善加算や特別地域加算等の割合で算出するサービスについては、従来通り国が示す割合で単位数の算出を行う

[illegible]

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率					%	受領すべき利用者負担の総額（円）	軽減額（円）	軽減後利用者負担額（円）	備考

様式第七の三（附則第二条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
(介護予防ケアマネジメント費)

記載例 3

国で示されている単位数を超過して介護
予防ケアマネジメント費の単位数を記載
する場合の請求明細書

公費負担者番号							
公費受給者番号							

令和	0	3	年	0	4	月分
保険者番号	9	0	1	0	0	1

被保険者 番号	0 0 0 0 0 0 5 5 5 5																																
	(フリガナ) カイコ サブロー																																
	氏名 介護 三郎																																
	生年月日 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">1. 明治</td> <td colspan="2">2. 大正</td> <td colspan="2">3. 昭和</td> <td rowspan="2">性別</td> <td colspan="5" rowspan="2"> 1. 男 2. 女 </td> </tr> <tr> <td>0</td><td>5</td><td>年</td><td>0</td><td>6</td><td>月</td><td>2</td><td>0</td><td>日</td> </tr> </table>												1. 明治		2. 大正		3. 昭和		性別	1. 男 2. 女					0	5	年	0	6	月	2	0	日
	1. 明治		2. 大正		3. 昭和		性別	1. 男 2. 女																									
0	5	年	0	6	月	2							0	日																			
要支援 状態区分等																																	
事業対象者 要支援 1・2 (継続利用の場合 要介護 1・2・3・4・5)																																	
認定有効 期間	1. 平成 0 3 年 0 4 月 0 1 日 から																																
	2. 令和 0 4 年 0 3 月 3 1 日 まで																																

請求事業者	事業所番号	9	0	0	0	0	0	0	5	5	0	
	事業所名称	〇〇地域包括支援センター										
	所在地	〒	9	9	9	－	5	5	5	5		
		〇〇県□□市△△町 5-5-5										
	連絡先	電話番号 099－555－5555										

[illegible]

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	区分		事業分				公費分					
	①サービス単位数合計				1	3	0	0				
	②単位数単価		1	0	2	1	円／単位					
	③給付率								／100			
	④事業費請求額（円）			1	3	2	7	3				

	枚中		枚目
--	----	--	----

＜注意＞

記載例における各サービスコードのサービス項目コード、単位数及び単位数単価はあくまで例であり、実際のサービス項目コード、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。

No.	項目	記載例	種別 (※)	説明
1	給付管理の特例的な取扱い	例 1	別表	給付管理単位数・サービス単位/金額ともに区分支給限度基準額を超えないパターン。 (通所介護サービスの大規模型通所介護費 (Ⅱ) を算定する場合)
			給	
			請	
2		例 2	別表	給付管理単位数が区分支給限度基準額を超え、サービス単位/金額が区分支給限度基準額を超えないパターン。 (通所介護サービスの大規模型通所介護費 (Ⅱ) を算定する場合)
			給	
			請	
3		例 3	別表	給付管理単位数・サービス単位/金額ともに区分支給限度基準額を超えるパターン。 (通所介護サービスの大規模型通所介護費 (Ⅱ) を算定する場合)
			給	
			請	
4		例 4	別表	給付管理単位数・サービス単位/金額ともに区分支給限度基準額を超えないパターン。 (小規模多機能型居宅介護サービスの小規模多機能型居宅介護費 (2) 同一建物に居住する者に対して行う場合を算定する場合)
			給	
			請	
5		例 5	別表	給付管理単位数・サービス単位/金額ともに区分支給限度基準額を超えるパターン。 (小規模多機能型居宅介護サービスの小規模多機能型居宅介護費 (2) 同一建物に居住する者に対して行う場合を算定する場合)
			給	
			請	
			請	
6		例 6	別表	給付管理単位数・サービス単位/金額ともに区分支給限度基準額を超えるパターン。 (通所介護サービスの大規模型通所介護費 (Ⅱ) を複数のサービス提供時間で算定する場合)
			給	
			請	
7		例 7	別表	給付管理単位数・サービス単位/金額ともに区分支給限度基準額を超えるパターン。 (複数の加算を含む通所介護サービスの大規模型通所介護費 (Ⅱ) を算定する場合) ※令和 3 年 9 月 30 日までの上乗せ分を含む例
			給	
			請	
8		例 8	別表	事業所が割引を行っていて、区分支給限度基準額を超えるパターン。超過分は通所介護サービス分を自費とする (通所介護サービスの大規模型通所介護費 (Ⅱ) + 訪問介護費を算定する場合)
			給	
			請	
			請	
9		例 9	別表	複数サービス事業所を使用しており、大規模型通所介護事業所で給付管理単位数が区分支給限度基準額を超えるパターン。 (通所介護サービスの大規模型通所介護費 (Ⅱ) を算定する場合) ※令和 3 年 9 月 30 日までの上乗せ分を含む例
			給	
			請	
			請	

No.	項目	記載例	種別 (※)	説明
10	給付管理の特例的な取扱い	例 1 0	別表	複数サービス事業所を使用しており、 <u>訪問介護事業所</u> で給付管理単位数が区分支給限度基準額を超えるパターン。 (通所介護サービスの大規模型通所介護費(Ⅱ)を算定する場合) ※令和3年9月30日までの上乗せ分を含む例
			給	
			請	
			請	
11		<u>例 1 1</u>	<u>別表</u>	<u>給付管理単位数・サービス単位/金額ともに区分支給限度基準額を超え、サービス提供体制強化加算を算定するパターン。</u> <u>(複数の加算を含む通所介護サービスの大規模型通所介護費(Ⅱ)を算定する場合)</u> ※令和3年9月30日までの上乗せ分を含む例
			<u>給</u>	
			<u>請</u>	
12		<u>例 1 2</u>	<u>別表</u>	<u>給付管理単位数が区分支給限度基準額を超え、サービス単位/金額が区分支給限度基準額を超えないパターン。</u> <u>(小規模多機能型居宅介護サービスの小規模多機能型居宅介護費(2) 同一建物に居住する者に対して行う場合を算定する場合)</u>
			<u>給</u>	
			<u>請</u>	
			<u>請</u>	
13		<u>例 1 3</u>	<u>別表</u>	<u>事業所が割引を行っていて、給付管理単位数が区分支給限度基準額を超え、サービス単位/金額が区分支給限度基準額を超えないパターン。</u> <u>(小規模多機能型居宅介護サービスの小規模多機能型居宅介護費(2) 同一建物に居住する者に対して行う場合を算定する場合)</u>
			<u>給</u>	
			<u>請</u>	
			<u>請</u>	

※種別については以下のとおりとする

別表・・・サービス利用票別表

給・・・給付管理票

請・・・請求明細書

- 区分支給限度基準額（単位）：16,765 単位

給付管理単位数・サービス単位/金額ともに区分
支給限度基準額を超えないパターン。
(通所介護サービスの大規模型通所介護費
(Ⅱ)を算定する場合)

区分支給限度管理・利用者負担計算

[illegible]

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			

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（令和 3 年 10 月分）

保険者番号							
901001							
被保険者番号							
0000001111							
生年月日		性別	要支援・要介護状態区分等				
明・大昭 30年 3月 3日		男・女	事業対象者 要支援１・２ <u>要介護１・２・３・４・５</u>				
居宅サービス・介護予防サービスの総合事業支給限度基準額		限度額適用期間					
16,765単位／月		平成令和 令和3年 4月	～	令和4年 3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				90700000110							
担当介護支援専門員番号				900000001							
居宅介護／介護予防支援事業者の事業所名				〇〇居宅介護支援事業所							
支援事業者の事業所在地及び連絡先				099－111－1111							
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	7	0	0	0	0	0	1	0	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	通所介護	1	5	1	2	4	0	0			
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業											
											指定・基準該当・											
サービス利用票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。(従来通り。) ※通常規模で給付管理をした結果、介護給付の対象となる大規模型通所介護費（Ⅱ） のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）で算出した計画単位数が入力される。																						
											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									

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看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・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））

公費負担者番号										令和		0	3	年	1	0	月分
公費受給者番号										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)	カゴ 伊吹															
	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					
		3	0	年	0	3	月	0	3	日							
要介護状態区分	要介護 1 2・3・4・5																
認定有効期間	1.平成	0	3	年	0	4	月	0	1	日	から						
	2.令和	0	4	年	0	3	月	3	1	日	まで						
請求事業者	事業所番号	9	0	7	0	0	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 099-111-1111																

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成																				
	事業所番号	9	0	7	0	0	0	0	1	1	0	事業所名称	〇〇居宅介護支援事業所								
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																				

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Ⅲ 6 1	1 5 4 8 1 1	6 2 0	2 0	1 2 4 0 0			

大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する事業所がサービスを行ったため、請求する際は大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）で請求する。

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		公費対象単位数	施設所在 保険者番号	摘要

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

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率			▲	%	受領すべき利用者負担の総額（円）	軽減額（円）	軽減後利用者負担額（円）	備考

●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は以下のとおり

要支援・要介護状態区分等：要介護 1

区分支給限度基準額（単位）：16,765 単位

記載例 2

給付管理単位数が区分支給限度基準額を超え、サービス単位/金額が区分支給限度基準額を超えないパターン。
（通所介護サービスの大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する場合

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

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	給付管理単位数	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 （金額負担分）
					率％	単位数														
〇〇事業所	9070000010	通所介護Ⅲ 6 1	154811	620			26	16, 120	17, 316			551	15, 569	10. 00	155, 690	90	140, 121		15, 569	5, 510
②大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する事業所がサービスを行うため、「区分支給限度基準内単位数」以外の項目は、大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）で算出した単位数、金額を記載する。 ・620 単位（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）×26 回＝16,120 単位																				
①「給付管理単位数」は、サービス提供する通所介護事業所が大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する事業所の場合でも、通常規模型通所介護費のサービスコード（15-2446：通所介護Ⅰ 6 1）で算出した単位数を記載する。この単位数で給付管理する。 ・666 単位（15-2446：通所介護Ⅰ 6 1）×26 回＝17,316 単位																				
④「区分支給限度基準内単位数」は、「サービス単位／金額」から「区分支給限度基準を超える単位数」を差し引いた単位数を記載する。 ・16,120 単位（サービス単位／金額）-551 単位（区分支給限度基準を超える単位数）＝15,569 単位																				
③「区分支給限度基準を超える単位数」は、給付管理単位数が区分支給限度基準額（単位数）を超える単位数を記載する。 ・17,316 単位（給付管理単位数）-16,765 単位（区分支給限度基準額（単位））＝551 単位																				
				区分支給限度基準額（単位）	16, 765		合計	16, 120	17, 316			551	15, 569		155, 690		140, 121		15, 569	5, 510

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（令和 3 年 10 月分）

保険者番号							保険者名						
9 0 1 0 0 1							□□市						
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		カゴゝ 伊ロウ				
							介護 一郎						
生年月日				性別			要支援・要介護状態区分等						
明・大・昭 30年 3月 3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									
16,765 単位／月				1.平成 2.令和		3年 4月		～		令和 4年 3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 7 0 0 0 0 1 1 0									
担当介護支援専門員番号				9 0 0 0 0 0 0 0 1									
居宅介護／介護予防 支援事業者の事業所名				〇〇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				099－111－1111									
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											

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	0	0	0	0	1	0	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	通所介護	1	5	1	5	5	6	9	
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
											指定・基準該当・									
サービス利用票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。(従来通り。) ※通常規模型で給付管理をした結果、介護給付の対象となる大規模型通所介護費（Ⅱ） のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）で算出した計画単位数を記載する。																				
											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								

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看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・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））

公費負担者番号										令和		0	3	年	1	0	月分
公費受給者番号										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)	カゴ イロ															
	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								
		3	0	年	0	3	月	0	3	日							
	要介護状態区分	要介護 1 2・3・4・5															
認定有効期間	1.平成	0	3	年	0	4	月	0	1	日	から						
	2.令和	0	4	年	0	3	月	3	1	日	まで						
	令和	0	4	年	0	3	月	3	1	日	まで						
請求事業者	事業所番号	9	0	7	0	0	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 〇〇県〇〇市△△町 1-1-1															
	連絡先	電話番号 099-111-1111															

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成																				
	事業所番号	9	0	7	0	0	0	0	1	1	0	事業所名称	〇〇居宅介護支援事業所								
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																				

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Ⅲ 6 1	1 5 4 8 1 1	6 2 0	2 6	1 6 1 2 0			

大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する事業所がサービスを行ったため、請求する際は大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）で請求する。

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	公費対象単位数	施設所在 保険者番号	摘要

サービス提供票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。（従来通り。）
※通常規模型で給付管理が行われた結果を踏まえ、介護給付の対象となる大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）で算出した計画単位数を記載する。

請求額集計欄	①サービス種類コード ／②名称	1	5																				
	③サービス実日数	2	6	日																			
	④計画単位数		1	5	5	6	9																
	⑤限度額管理対象単位数		1	6	1	2	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		1	5	5	6	9											保険		9	0		
	⑧公費分単位数					0												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	1	4	0	1	2	1											1	4	0	1	2	1
	⑪利用者負担額		1	5	5	6	9												1	5	5	6	9
	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

●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は以下のとおり

要支援・要介護状態区分等：要介護 1

区分支給限度基準額（単位）：16,765 単位

記載例 3

給付管理単位数・サービス単位/金額ともに区分支給限度基準額を超えるパターン。
（通所介護サービスの大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する場合）

④「区分支給限度基準内単位数」は、「サービス単位/金額」から「区分支給限度基準を超える単位数」を差し引いた単位数を記載する。

・17,980 単位（サービス単位/金額） - 2,411 単位（区分支給限度基準を超える単位数）
= 15,569 単位

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	給付管理単位数	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	9070000010	通所介護Ⅲ 6 1	154811	620			29	17,980	19,176			2,411	15,569	10.00	155,690	90	140,121		15,569	24,110
②大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する事業所がサービスを行うため、「区分支給限度基準内単位数」以外の項目は、大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）で算出した単位数を記載する。 ・620 単位（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）×29 回＝17,980 単位																				
③「区分支給限度基準を超える単位数」は、給付管理単位数が区分支給限度基準額（単位数）を超える単位数を記載する。 ・19,176 単位（給付管理単位数）－16,765 単位（区分支給限度基準額（単位））＝2,411 単位																				
①「給付管理単位数」は、サービス提供する通所介護事業所が大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する事業所の場合でも、通常規模型通所介護費のサービスコード（15-2446：通所介護Ⅰ 6 1）で算出した単位数で給付管理する。保険給付対象を超えた回数（すべて自己負担となる回数）分は、大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）で算出した単位数を用いる。 ≪1≫保険給付対象となる回数（自己負担が初めて生じる回数）分 ・666 単位（15-2446：通所介護Ⅰ 6 1）×26 回＝17,316 単位 ≪2≫すべて自己負担となる回数分 ・620 単位（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）×3 回＝1,860 単位 ≪1≫と≪2≫の合算（記載する単位数） ・17,316 単位＋1,860 単位＝19,176 単位																				
				区分支給限度基準額（単位）	16,765		合計	17,980	19,176			2,411	15,569		155,690		140,121		15,569	24,110

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（令和 3 年 10 月分）

保険者番号										保険者名											
9 0 1 0 0 1										□□市											
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 カゴ 伊助 介護 一郎											
生年月日										性別		要支援・要介護状態区分等									
明・大 昭 30年 3月 3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											
16,765 単位/月										1.平成 2.令和		3年 4月		～		令和 4年 3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 7 0 0 0 0 1 1 0									
担当介護支援専門員番号				9 0 0 0 0 0 0 1									
居宅介護／介護予防 支援事業者の事業所名				〇〇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				099－111－1111									
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	7	0	0	0	0	0	1	0			1	5	1	5	5	6	9	
〇〇事業所	9	0	7	0	0	0	0	0	1	0	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	通所介護	1	5	1	5	5	6	9	
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
											指定・基準該当・									
サービス利用票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。(従来通り。) ※通常規模型で給付管理をした結果、介護給付の対象となる大規模型通所介護費(Ⅱ)のサービスコード(15-4811:通所介護Ⅲ 6 1)で算出した計画単位数を記載する。																				
											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								

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看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・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））

公費負担者番号										令和03年10月分																					
公費受給者番号										保険者番号901001																					
被保険者	被保険者番号	0000001111										請求事業者	事業所番号	9070000010																	
	(フリガナ)	カゴ イロ											事業所名称	〇〇事業所																	
	氏名	介護 一郎											所在地	〒999-9999 〇〇県〇〇市△△町1-1-1																	
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 性別 1.男 2.女 30年03月03日																													
	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 03年04月01日から 令和04年03月31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	9070000110																			
		事業所名称 〇〇居宅介護支援事業所																													
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Ⅲ61	154811	620	29	17980																										
	大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する事業所がサービスを行ったため、請求する際は大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ61）で請求する。																														
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	15																													
	③サービス実日数	29	日																												
	④計画単位数	15569																													
	⑤限度額管理対象単位数	17980																													
	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	15569																													
	⑧公費分単位数	0																													
	⑨単位数単価	1000	円／単位		円／単位		円／単位		円／単位	合計																					
	⑩保険請求額	140121																													
	⑪利用者負担額	15569																													
	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																							

- 要支援・要介護状態区分等：要介護 1
区分支給限度基準額（単位）：16,765 単位

給付管理単位数・サービス単位/金額ともに区分支給限度基準額を超えないパターン。
(小規模多機能型居宅介護サービスの小規模多機能型居宅介護費(2)同一建物に居住する者に対して行う場合を算定する場合)

区分支給限度管理・利用者負担計算

[illegible]

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			

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（令和 3 年 10 月分）

保険者番号										保険者名											
9 0 1 0 0 1										□□市											
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 カゴ 伊助 介護 一郎											
生年月日										性別		要支援・要介護状態区分等									
明・大 昭 30年 3月 3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											
16,765 単位/月										1.平成 2.令和		3年 4月		～		令和 4年 3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 9 0 0 0 0 0 1 0											
担当介護支援専門員番号				9 0 0 0 0 0 0 1											
居宅介護／介護予防 支援事業者の事業所名				〇〇事業所											
支援事業者の 事業所所在地及び連絡先				099－111－1111											
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	9	0	0	0	0	0	1			0	7	3	9	3	9	1	
〇〇事業所	9	0	9	0	0	0	0	0	1	0	指定・基準該当・ <u>地域密着</u> 総合事業	小規模多機能型居 宅介護	7	3	9	3	9	1	
											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								
サービス利用票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。(従来通り。) ※小規模多機能型居宅介護費(1)同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合で 給付管理をした結果、小規模多機能型居宅介護費(2)介護給付の対象となる同一建 物に居住する者に対して行う場合のサービスコード(73-1211：小規模多機能2 1)で 算出した計画単位数を記載する。																			
											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								
												合計							

様式第二（附則第二条関係）

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

（訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・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））

公費負担者番号										令和		0	3	年	1	0	月分
公費受給者番号										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)	カゴ 伊朗															
	氏名	介護 一郎															
	生年月日	1.明治		2.大正		3.昭和		性別	1. 男 2. 女								
	要介護状態区分	要介護 1 2・3・4・5															
認定有効期間	1.平成	0	3	年	0	4	月	0	1	日	から						
	2.令和	0	4	年	0	3	月	3	1	日	まで						
請求事業者	事業所番号	9	0	9	0	0	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 〇〇県〇〇市△△町 1-1-1															
	連絡先	電話番号 099-111-1111															

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成																				
	事業所番号	9	0	9	0	0	0	0	0	1	0	事業所名称	〇〇事業所								
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																				

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			
	小規模多機能 2 1	7	3	1	2	1	1				9	3	9	1								

小規模多機能型居宅介護費（２）介護給付の対象となる同一建物に居住する者に対して行う場合を算定する事業所がサービスを行ったため、請求する際は小規模多機能型居宅介護費（２）介護給付の対象となる同一建物に居住する者に対して行う場合のサービスコード（73-1211：小規模多機能 2 1）で請求する。

小規模多機能型居宅介護費（2）介護給付の対象となる同一建物に居住する者に対して行う場合を算定する事業所がサービスを行ったため、請求する際は小規模多機能型居宅介護費（2）介護給付の対象となる同一建物に居住する者に対して行う場合のサービスコード（73-1211：小規模多機能 2 1）で請求する。

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	公費対象単位数	施設所在	摘要

サービス提供票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。（従来通り。）
※小規模多機能型居宅介護費（1）同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合で給付管理が行われた結果を踏まえ、小規模多機能型居宅介護費（2）介護給付の対象となる同一建物に居住する者に対して行う場合のサービスコード（73-1211：小規模多機能 2 1）で算出した計画単位数を記載する。

請求額集計欄	①サービス種類コード ／②名称	7	3			付の対象となる同一建物に居住する者に対して行う場合のサービスコード (73-1211：小規模多機能2 1) で算出した計画単位数を記載する。																	
	③サービス実日数	3	1	日																			
	④計画単位数			9	3	9	1																
	⑤限度額管理対象単位数			9	3	9	1																
	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			9	3	9	1											保険			9	0	
	⑧公費分単位数					0												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		8	4	5	1	9												8	4	5	1	9
	⑪利用者負担額			9	3	9	1													9	3	9	1
	⑫公費請求額					0																	
	⑬公費分本人負担					0																	

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率			▲	%	受領すべき利用者負担の総額（円）	軽減額（円）	軽減後利用者負担額（円）	備考

様式第十一（附則第二条関係）

給付管理票（令和 3 年 10 月分）

保険者番号										保険者名											
9 0 1 0 0 1										□□市											
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 カゴ 伊助 介護 一郎											
生年月日										性別		要支援・要介護状態区分等									
明・大 昭 30年 3月 3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											
16,765 単位/月										1.平成 2.令和		3年 4月		～		令和 4年 3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 9 0 0 0 0 0 2 0											
担当介護支援専門員番号				9 0 0 0 0 0 0 1											
居宅介護／介護予防 支援事業者の事業所名				〇〇事業所											
支援事業者の 事業所所在地及び連絡先				099－111－1111											
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	1	0	0	0	0	0	1	0			1	3		6	3	4	2		
□□事業所	9	0	1	0	0	0	0	0	1	0	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	訪問看護	1	3		6	3	4	2		
〇〇事業所	9	0	9	0	0	0	0	0	2	0	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	小規模多機能型居 宅介護	7	3		9	3	9	1		
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業										
											指定・基準該当・										
サービス利用票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。（従来通り。） ※訪問看護費に加え、小規模多機能型居宅介護費（１）同一建物に居住する者以外の者 に対して行う場合で給付管理をした結果、小規模多機能型居宅介護費（２）介護給付の 対象となる同一建物に居住する者に対して行う場合のサービスコード（73-1211：小規模 多機能２１）で算出した計画単位数を記載する。																					
											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										
												合計									

様式第二（附則第二条関係）

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

（訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・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））

公費負担者番号										令和		0	3	年	1	0	月分
公費受給者番号										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)	カゴ イロ															
	氏名	介護 一郎															
	生年月日	1.明治		2.大正		3.昭和		性別	1. 男 2. 女								
	要介護状態区分	要介護 1 2・3・4・5															
認定有効期間	1.平成	0	3	年	0	4	月	0	1	日	から						
	2.令和	0	4	年	0	3	月	3	1	日	まで						
請求事業者	事業所番号	9	0	1	0	0	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 〇〇県〇〇市△△町 1-1-1															
	連絡先	電話番号 099-111-1111															

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成																				
	事業所番号	9	0	9	0	0	0	0	0	2	0	事業所名称	〇〇事業所								
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																				

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
	訪看14	1 3 1 3 1 1	1 1 2 5	7	7 8 7 5			

訪問看護費について、従来通り請求する。

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	公費対象単位数	施設所在保険者番号	摘要

サービス提供票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。(従来通り。)

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

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率			%	受領すべき利用者負担の総額 (円)	軽減額 (円)	軽減後利用者負担額 (円)	備考

様式第二（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看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・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））

公費負担者番号										令和		0	3	年	1	0	月分
公費受給者番号										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)	カゴ 伊吹															
	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								
		3	0	年	0	3	月	0	3	日							
	要介護状態区分	要介護 1 2・3・4・5															
認定有効期間	1.平成	0	3	年	0	4	月	0	1	日	から						
	2.令和	0	4	年	0	3	月	3	1	日	まで						
請求事業者	事業所番号	9	0	9	0	0	0	0	0	2	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 9-9-9															
	連絡先	電話番号 099-111-9999															

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成																				
	事業所番号	9	0	9	0	0	0	0	0	2	0	事業所名称	〇〇事業所								
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																				

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
	小規模多機能 2 1	7	3	1	2	1	1				9	3	9	1		

小規模多機能型居宅介護費（2）介護給付の対象となる同一建物に居住する者に対して行う場合を算定する事業所がサービスを行ったため、請求する際は小規模多機能型居宅介護費（2）介護給付の対象となる同一建物に居住する者に対して行う場合のサービスコード（73-1211：小規模多機能 2 1）で請求する。

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																			

サービス提供票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。（従来通り。）
※訪問看護費に加え、小規模多機能型居宅介護費（1）同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合で給付管理が行われた結果を踏まえ、小規模多機能型居宅介護費（2）介護給付の対象となる同一建物に居住する者に対して行う場合のサービスコード（73-1211：小規模多機能 2 1）で算出した計画単位数を記載する。

請求額集計欄	①サービス種類コード ／②名称	7	3																					
	③サービス実日数	3	1	日																				
	④計画単位数			9	3	9	1																	
	⑤限度額管理対象単位数			9	3	9	1																	
	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			9	3	9	1																	
	⑧公費分単位数					0																		
	⑨単位数単価	1	0	0	0	円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			給付率（/100）	保	険			9	0
	⑩保険請求額		8	4	5	1	9																	
	⑪利用者負担額			9	3	9	1																	
	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

- 区分支給限度基準額（単位）：16,765 単位

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（令和 3 年 10 月分）

保険者番号										保険者名											
9 0 1 0 0 1										□□市											
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 カゴ 伊助 介護 一郎											
生年月日										性別		要支援・要介護状態区分等									
明・大 昭 30年 3月 3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											
16,765 単位/月										1.平成 2.令和		3年 4月		～		令和 4年 3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 7 0 0 0 0 1 1 0									
担当介護支援専門員番号				9 0 0 0 0 0 0 1									
居宅介護／介護予防 支援事業者の事業所名				〇〇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				099－111－1111									
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	7	0	0	0	0	0	1	0			1	5	1	5	5	4	4	
〇〇事業所	9	0	7	0	0	0	0	0	1	0	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	通所介護	1	5	1	5	5	4	4	
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
											指定・基準該当・									
サービス利用票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。(従来通り。) ※通常規模型で給付管理をした結果、介護給付の対象となる大規模型通所介護費(Ⅱ)のサービスコード(15-4811:通所介護Ⅲ 6 1)で算出した計画単位数を記載する。																				
											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								

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看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・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))

公費負担者番号										
公費受給者番号										

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 イロウ										
	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	
		3	0	年	0	3	月	0	3			
要介護状態区分	要介護 1 2・3・4・5											
認定有効期間	1.平成		0	3	年	0	4	月	0	1	日	から
	2.令和		0	4	年	0	3	月	3	1	日	まで

令和	0	3	年	1	0	月分
----	---	---	---	---	---	----

保険者番号	9	0	1	0	0	1
-------	---	---	---	---	---	---

請求事業者	事業所番号	9	0	7	0	0	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 099-111-1111									

居宅 サービス 計画	① 居宅介護支援事業者作成											2. 被保険者自己作成										
	事業所 番号	9	0	7	0	0	0	0	1	1	0	事業所 名称	〇〇居宅介護支援事業所									
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																					

[illegible]

給付費明細欄 (住所の特例 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	公費対象単位数	施設所在 保険者番号	摘要
					サービス提供票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。(従来通り。) ※通常規模型で給付管理が行われた結果を踏まえ、介護給付の対象となる大規模型通 所介護費(Ⅱ)のサービスコード(15-3626:介護給付Ⅱ-1)。(15-4811:			

請求額集計欄	①サービス種類コード ／②名称	1	5				所介護Ⅱのサービスコード（15-3696：通所介護Ⅲ 5 1）（15-4811： 通所介護Ⅲ 6 1）で算出した計画単位数を記載する。												
	③サービス実日数	2	9	日															
	④計画単位数		1	5	5	4	4												
	⑤限度額管理対象単位数		1	7	8	8	4												
	⑥限度額管理対象外単位数						0												
	⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥		1	5	5	4	4												
	⑧公費分単位数						0												
	⑨単位数単価	1	0	0	0	円／単位		円／単位		円／単位		円／単位		円／単位	合計				
	⑩保険請求額	1	3	9	8	9	6												
	⑪利用者負担額		1	5	5	4	4												
⑫公費請求額						0													
⑬公費分本人負担						0													

社会福祉法人等による軽減欄	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

※ただし累計順は一例であり必ず準ずるものではない。

様式第十一（附則第二条関係）

給付管理票（令和 3 年 4 月分）

保険者番号										保険者名											
9 0 1 0 0 1										□□市											
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 カゴ 伊助 介護 一郎											
生年月日										性別		要支援・要介護状態区分等									
明・大 昭 30年 3月 3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											
16,765 単位/月										1.平成 2.令和		3年 4月		～		令和 4年 3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 7 0 0 0 0 1 1 0									
担当介護支援専門員番号				9 0 0 0 0 0 0 1									
居宅介護／介護予防 支援事業者の事業所名				〇〇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				099－111－1111									
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											

[illegible]

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・地域密着型通所介護・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))

	枚中		枚目
--	----	--	----

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（令和 3 年 10 月分）

保険者番号												保険者名															
901001												□□市															
被保険者番号												被保険者氏名															
0000001111												フリガナ カゴ イロ 介護 一郎															
生年月日												性別		要支援・要介護状態区分等													
明・大 昭 30 年 3 月 3 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															
16,765 単位／月												1.平成 2.令和		3 年 4 月		～		令和 4 年 3 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												9070000110											
担当介護支援専門員番号												90000001											
居宅介護／介護予防 支援事業者の事業所名												〇〇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												099－111－1111											
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	7	0	0	0	0	0	1	0	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	通所介護	1	5	1	3	1	6	9	
△〇事業所	9	8	7	0	0	0	0	0	1	6	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	訪問介護	1	1		2	5	8	4	
											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									
サービス利用票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。（従来通り。） ※訪問介護費に加え、通常規模型で給付管理をした結果、介護給付の対象となる大規模型 通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）で算出した計画単 位数を記載する。																				
											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								

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看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・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））

公費負担者番号										令和		0	3	年	1	0	月分
公費受給者番号										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)	カゴ 伊吹															
	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								
		3	0	年	0	3	月	0	3	日							
	要介護状態区分	要介護 1 2・3・4・5															
	認定有効期間	1. 平成	0	3	年	0	4	月	0	1	日	から					
		2. 令和	0	4	年	0	3	月	3	1	日	まで					
請求事業者	事業所番号	9	0	7	0	0	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 〇〇県〇〇市△△町 1-1-1															
	連絡先	電話番号 099-111-1111															

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成																				
	事業所番号	9	0	7	0	0	0	0	1	1	0	事業所名称	〇〇居宅介護支援事業所								
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																				

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Ⅲ 6 1	1 5 4 8 1 1	5 8 9	2 3	1 3 5 4 7			

大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する事業所がサービスを行ったため、請求する際は大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）の割引後単位数で請求する。

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	公費対象単位数	施設所在 保険者番号	摘要

サービス提供票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。（従来通り。）
※通常規模型で給付管理が行われた結果を踏まえ、介護給付の対象となる大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）の割引を加味した単位数で算出した計画単位数を記載する。

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

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率			▲	%	受領すべき利用者負担の総額（円）	軽減額（円）	軽減後利用者負担額（円）	備考

様式第二（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看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・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））

公費負担者番号										令和		0	3	年	1	0	月分
公費受給者番号										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)	カゴ イロ															
	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								
		3	0	年	0	3	月	0	3	日							
	要介護状態区分	要介護 1 2・3・4・5															
認定有効期間	1.平成	0	3	年	0	4	月	0	1	日	から						
	2.令和	0	4	年	0	3	月	3	1	日	まで						
請求事業者	事業所番号	9	8	7	0	0	0	0	0	1	6						
	事業所名称	△○事業所															
	所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9 ○○県□□市△△町 1-2-3															
	連絡先	電話番号 099-111-1234															

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成																				
	事業所番号	9	0	7	0	0	0	0	1	1	0	事業所名称	○○居宅介護支援事業所								
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																				

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要
	身体3生活1	1 1 6 1 1 1	6 4 6	4	2 5 8 4			

訪問介護費について、給付管理上の調整は発生していないため、従来通り請求する。

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		公費対象単位数	施設所在 保険者番号	摘要

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

社会福祉法人等による軽減欄	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

●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は以下のとおり

要支援・要介護状態区分等：要介護 1
区分支給限度基準額（単位）：16,765 単位

（前提）このケースでは通常規模型通所介護費を算定する△△事業所で区分支給限度基準額を超えず、大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する〇〇事業所で区分支給限度基準額を超える額が発生する。

記載例 9
複数サービス事業所を使用しており、大規模型通所介護事業所で給付管理単位数が区分支給限度基準額を超えるパターン。
（通所介護サービスの大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する場合）
※令和 3 年 9 月 30 日までの上乗せ分を含む例

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	給付管理単位数	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	9070000010	通所介護Ⅲ 6 1	154811	620			23	14,260	15,272											
〇〇事業所	9070000010	通所介護令和 3 年 9 月 3 0 日までの上乗せ分	158300					14	15			④大規模型通所介護費（Ⅱ）で調整したケースであるため、合計欄で計算した「区分支給限度基準を超える単位数」を、大規模型通所介護費（Ⅱ）の「区分支給限度基準を超える単位数」に記載する。								
〇〇事業所	9070000010	通所介護入浴介助加算Ⅰ	155301	40			5	200	200											
〇〇事業所	9070000010	通所介護科学的介護推進体制加算	156361	40				40	40											
〇〇事業所	9070000010	通所介護合計						(14,514)	(15,527)			970	13,544	10.00	135,440	90	121,896		13,544	9,700
△△事業所	9070000011	通所介護Ⅰ 6 1	152466	666			3	1,998	1,998			⑤「区分支給限度基準内単位数」は、「サービス単位／金額」から「区分支給限度基準を超える単位数」を差し引いた単位数を記載する。 ・14,514 単位（サービス単位／金額）-970 単位（区分支給限度基準を超える単位数） = 13,544 単位								
△△事業所	9070000011	通所介護令和 3 年 9 月 3 0 日までの上乗せ分	158300					2	2											
△△事業所	9070000011	通所介護個別機能訓練加算Ⅰ	155051	56			3	168	168											
△△事業所	9070000011	通所介護科学的介護推進体制加算	156361	40				40	40											
△△事業所	9070000011	通所介護合計						(2,208)	(2,208)				2,208	10.00	22,080	90	19,872		2,208	
〇〇事業所	9070000010	通所介護処遇改善加算Ⅰ	156108					(856)				(57)	(799)	10.00	7,990	90	7,191		799	570
△△事業所	9070000011	通所介護処遇改善加算Ⅰ	156108					(130)				(130)	10.00	1,300	90	1,170			130	
				区分支給限度基準額（単位）	16,765		合計	16,722	17,735			970	15,752		166,810		150,129		16,681	10,270

種類
要介護
前所

①「給付管理単位数」は、サービス提供する通所介護事業所が大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する事業所の場合でも、通常規模型通所介護費のサービスコード（15-2446：通所介護Ⅰ 6 1）で算出した単位数で給付管理する。保険給付対象を超えた回数（すべて自己負担となる回数）分は、大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）で算出した単位数を用いる。

≪1≫保険給付対象となる回数（自己負担が初めて生じる回数）分
・666 単位（15-2446：通所介護Ⅰ 6 1）×22 回＝14,652 単位

≪2≫すべて自己負担となる回数分
・620 単位（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）×1 回＝620 単位

≪3≫加算分
・令和 3 年 9 月 30 日までの上乗せ分：15 単位＋入浴介助加算：200 単位＋科学的介護推進体制加算：40 単位＝255 単位

≪1≫と≪2≫と≪3≫の合算（記載する単位数）
14,625 単位＋620 単位＋255 単位＝15,527 単位

③「区分支給限度基準を超える単位数」には、「給付管理単位数合計」から「区分支給限度基準額」を差し引いた超過分の単位数を記載する。
・17,735 単位（給付管理単位数）－16,765 単位（区分支給限度基準額（単位））
＝970 単位

様式第十一（附則第二条関係）

給付管理票（令和 3 年 4 月分）

保険者番号										保険者名											
9 0 1 0 0 1										□□市											
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 カゴ 伊助 介護 一郎											
生年月日										性別		要支援・要介護状態区分等									
明・大 昭 30年 3月 3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											
16,765 単位/月										1.平成 2.令和		3年 4月		～		令和 4年 3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 7 0 0 0 0 1 1 0									
担当介護支援専門員番号				9 0 0 0 0 0 0 1									
居宅介護／介護予防 支援事業者の事業所名				〇〇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				099－111－1111									
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	7	0	0	0	0	0	1	0			1	5	1	3	5	4	4	
〇〇事業所	9	0	7	0	0	0	0	0	1	0	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	通所介護	1	5	1	3	5	4	4	
△△事業所	9	0	7	0	0	0	0	0	1	1	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	通所介護	1	5		2	2	0	8	
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業									
											指定・基準該当・									
サービス利用票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。(従来通り。) ※〇〇事業所と△△事業所で通常規模型を用い給付管理をした結果、介護給付の対象となる大規模型通所介護費で算出した計画単位数を記載する。																				
											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								

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看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・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））

公費負担者番号										令和		0	3	年	0	4	月分
公費受給者番号										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)	カゴ 伊吹															
	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								
		3	0	年	0	3	月	0	3	日							
	要介護状態区分	要介護 1 2・3・4・5															
認定有効期間	1.平成	0	3	年	0	4	月	0	1	日	から						
	2.令和	0	4	年	0	3	月	3	1	日	まで						
請求事業者	事業所番号	9	0	7	0	0	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 〇〇県〇〇市△△町 1-1-1															
	連絡先	電話番号 099-111-1111															

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成	2. 被保険者自己作成																			
	事業所番号	9	0	7	0	0	0	0	1	1	0	事業所名称	〇〇居宅介護支援事業所								
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																				

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Ⅲ 6 1	1 5 4 8 1 1	6 2 0	2 3	1 4 2 6 0			
	通所介護令和3年9月30日までの上乗せ分	1 5 8 3 0 0	1 4	1	1 4			
	通所介護入浴介助加算Ⅰ	1 5 5 3 0 1	4 0	5	2 0 0			
	通所介護科学的介護推進体制加算	1 5 6 3 6 1	4 0		4 0			
	通所介護処遇改善加算Ⅰ	1 5 6 1 0 8	7 9 9	1	7 9 9			
請求集計欄の「⑤限度額管理対象単位数」が「④計画単位数」を超えているため、処遇改善加算の単位数欄には下記の通り算出した単位数を記載する。（従来通り。）								
13,544×0.059=799.096 ⇒799 単位（小数点以下四捨五入）								

大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する事業所がサービスを行ったため、請求する際は大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）で請求する。

給付費明細欄（住所等特例対象者）	公費対象単位数	施設所在保険者番号	摘要

サービス提供票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。（従来通り。）
※通常規模型で給付管理が行われた結果を踏まえ、介護給付の対象となる大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）で算出した計画単位数を記載する。

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

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率			▲	%	受領すべき利用者負担の総額（円）	軽減額（円）	軽減後利用者負担額（円）	備考

様式第二（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看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・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））

公費負担者番号										令和		0	3	年	0	4	月分
公費受給者番号										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)	カゴ イロ															
	氏名	介護 一郎															
	生年月日	1.明治		2.大正		3.昭和		性別	1. 男 2. 女								
	要介護状態区分	要介護 1 2・3・4・5															
認定有効期間	1 平成	0	3	年	0	4	月	0	1	日	から						
	2 令和	0	4	年	0	3	月	3	1	日	まで						
請求事業者	事業所番号	9	0	7	0	0	0	0	0	1	1						
	事業所名称	△△事業所															
	所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9 〇〇県〇〇市△△町 9-9-9															
	連絡先	電話番号 099-111-9999															

居宅サービス計画	1 居宅介護支援事業者作成 2 被保険者自己作成																				
	事業所番号	9	0	7	0	0	0	0	1	1	0	事業所名称	〇〇居宅介護支援事業所								
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																				

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 I 6 1	1 5 2 4 6 6	6 6 6	3	1 9 9 8			
	通所介護令和3年9月30日までの上乗せ分	1 5 8 3 0 0		2	2			
	通所介護個別機能訓練加算 I 1	1 5 5 0 5 1	5 6	3	1 6 8			
	通所介護科学的介護推進体制加算	1 5 5 0 5 1	4 0		4 0			
	通所介護処遇改善加算 I	1 5 6 1 0 8	1 3 0	1	1 3 0			

△△事業所の通所介護費について、給付管理上の調整は発生していないため、従来通り請求する。

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		公費対象単位数	施設所在保険者番号	摘要

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

●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は以下のとおり

要支援・要介護状態区分等：要介護 1

区分支給限度基準額（単位）：16,765 単位

（前提）このケースでは大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する△△事業所で区分支給限度基準額を超えず、訪問介護費を算定する〇〇事業所で区分支給限度基準額を超える額が発生する。

記載例 1 0

複数サービス事業所を使用しており、訪問介護事業所で給付管理単位数が区分支給限度基準額を超えるパターン。

（通所介護サービスの大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する場合）※令和 3 年 9 月 30 日までの上乗せ分を含む例

①訪問介護の「給付管理単位数」には、「サービス単位／金額」と同じ単位数を記載する。

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	給付管理単位数	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	9070000010	身体 2・2人・Ⅰ	112052	950			8	7,600	7,600			⑤訪問介護費で調整したケースであるため、合計欄で計算した「区分支給限度基準を超える単位数」を、訪問介護費の「区分支給限度基準を超える単位数」に記載する。									
〇〇事業所	9070000010	訪問介護令和 3 年 9 月 30 日までの上乗せ分	118300					8	8												
〇〇事業所	9070000010	訪問介護初回加算	114001	200			1	200	200												
〇〇事業所	9070000010	訪問介護合計						(7,808)	(7,808)			1,243	6,565	10.00	65,650	90	59,085		6,565	12,430	
〇〇事業所	9070000010	訪問介護処遇改善加算Ⅰ	116275					(1,070)				(171)	(899)	10.00	8,990	90	8,091		899	1,710	
△△事業所	9070000011	通所介護Ⅲ 6 1	154811	620			15	9,300	9,990			⑥「〇〇事業所の区分支給限度基準内単位数」は、「サービス単位／金額」から「区分支給限度基準を超える単位数」を差し引いた単位数を記載する。 ・7,808 単位（〇〇事業所 サービス単位／金額） - 1,243 単位（〇〇事業所 区分支給限度基準を超える単位数） = 6,565 単位									
△△事業所	9070000011	通所介護令和 3 年 9 月 30 日までの上乗せ分	158300					9	10												
△△事業所	9070000011	通所介護入浴介助加算Ⅰ	155301	40			5	200	200												
△△事業所	9070000011	通所介護合計						(9,509)	(10,200)				9,509	10.00	95,090	90	85,581		9,509		
△△事業所	9070000011	通所介護処遇改善加算Ⅱ	156107					(409)					(409)	10.00	4,090	90	3,681		409		
②大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する事業所サービスを行うため、「区分支給限度基準内単位数」以外の項目は、大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）で算出した単位数を記載する。 ・620 単位（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）×15 回=9,300 単位																					
③「△△事業所の給付管理単位数」は、サービス提供する通所介護事業所が大規模型通所介護費（Ⅱ）の場合でも、通常規模型通所介護費のサービスコード（15-2446：通所介護Ⅰ 6 1）の単位数を記載する。 ・666 単位（15-2446：通所介護Ⅰ 6 1）×15 回=9,990 単位																					
			区分支給限度基準額（単位）	16,765		合計	17,317	18,008				1,243	16,074		173,820		156,438		17,382	14,140	

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

④「区分支給限度基準を超える単位数」は、給付管理単位数が区分支給限度基準額（単位数）を超える単位数を記載する。
・18,008 単位（給付管理単位数合計）- 16,765 単位（区分支給限度基準額）= 1,243 単位

様式第十一（附則第二条関係）

給付管理票（令和 3 年 4 月分）

保険者番号												保険者名															
901001												□□市															
被保険者番号												被保険者氏名															
0000001111												フリガナ カイゴ 伊ロウ 介護 一郎															
生年月日												性別		要支援・要介護状態区分等													
明・大 昭 30 年 3 月 3 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															
16,765 単位／月												1.平成 2.令和 3 年 4 月		～		令和 4 年 3 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												9070000110											
担当介護支援専門員番号												90000001											
居宅介護／介護予防 支援事業者の事業所名												〇〇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												099－111－1111											
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	7	0	0	0	0	0	1	0			1	1	6	5	6	5	
〇〇事業所	9	0	7	0	0	0	0	0	0	1	0	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	訪問介護	1	1	6	5	6	5
△△事業所	9	0	7	0	0	0	0	0	0	1	1	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	通所介護	1	5	9	5	0	9
												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							
サービス利用票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。（従来通り。） ※〇〇事業所と△△事業所で通常規模型を用い給付管理をした結果、介護給付の対象となる大規模型通所介護費で算出した計画単位数を記載する。																			
												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							
												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							
												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							
											</								

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看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・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）

公費負担者番号										令和03年04月分													
公費受給者番号										保険者番号901001													
被保険者	被保険者番号	0000001111										請求事業者	事業所番号	9070000010									
	(フリガナ)	カゴ イロウ											事業所名称	〇〇事業所									
	氏名	介護 一郎											所在地	〒999-9999 〇〇県〇〇市△△町1-1-1									
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 性別 1.男 2.女											連絡先	電話番号 099-111-1111									
	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 03年04月01日から 令和04年03月31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		9070000110									
		事業所名称 〇〇居宅介護支援事業所																					
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												
	身体2・2人・I	112052				950	8	7600															
	訪問介護令和3年9月30日までの上乗せ分	118300				8	1		8														
	訪問介護初回加算	114001				200	1	200															
	訪問介護処遇改善加算I	116275				899	1	899															
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	公費対象単位数	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		11																				
	③サービス実日数		8		日		日		日		日												
	④計画単位数		6565																				
	⑤限度額管理対象単位数		7808																				
	⑥限度額管理対象外単位数		899										給付率 (/100)										
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥		7464										保険	90									
	⑧公費分単位数		0										公費										
	⑨単位数単価		1000 円/単位				円/単位		円/単位		円/単位		合計										
	⑩保険請求額		67176										67176										
	⑪利用者負担額		7464										7464										
	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											

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・地域密着型通所介護・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))

	枚中		枚目
--	----	--	----

●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は以下のとおり

要支援・要介護状態区分等：要介護 1

区分支給限度基準額（単位）：16,765 単位

②大規模型通所介護費（Ⅱ）がサービスを行うため、「区分支給限度基準内単位数」以外の項目は、大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）で算出した単位数を記載する。

・620 単位（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）×29 回＝17,980 単位

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	給付管理単位数	種類支給限度基準を超える単位数	種類
					率%	単位数					
〇〇事業所	9070000010	通所介護Ⅲ 6 1	154811	620			29	17,980	18,992		
〇〇事業所	9070000010	通所介護入浴介助加算Ⅰ	155301	40			29	1,160	1,160		
〇〇事業所	9070000010	通所介護個別機能訓練加算Ⅰ 1	155051	56			29	1,624	1,624		
〇〇事業所	9070000010	通所介護令和3年9月30日までの上乗せ分	158300					18	19		
〇〇事業所	9070000010	通所介護合計						(20,782)	(21,795)		
〇〇事業所	9070000010	通所介護サービス提供体制加算Ⅱ	156100	18			29	(522)			

①「給付管理単位数」は、サービス提供する通所介護事業所が大規模型通所介護費（Ⅱ）の場合でも、通常規模型通所介護費のサービスコード（15-2446：通所介護Ⅰ 6 1）で算出した単位数で給付管理する。保険給付対象を超えた回数（すべて自己負担となる回数）分は、大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）で算出した単位数を用いる。

≪1≫保険給付対象となる回数（自己負担が初めて生じる回数）分

・666 単位（15-2446：通所介護Ⅰ 6 1）×22 回＝14,652 単位

≪2≫すべて自己負担となる回数分

・620 単位（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）×7 回＝4,340 単位

≪1≫と≪2≫の合算（記載する単位数）

・14,652 単位＋4,340 単位＝18,992 単位

③「区分支給限度基準を超える単位数」は、給付管理単位数が区分支給限度基準額（単位数）を超える単位数を記載する。

・21,795 単位（給付管理単位数）－16,765 単位（区分支給限度基準額（単位））＝5,030 単位

④「区分支給限度基準内単位数」は、「サービス単位／金額」から「区分支給限度基準を超える単位数」を差し引いた単位数を記載する。

・20,782 単位（サービス単位／金額）－5,030 単位（区分支給限度基準を超える単位数）＝15,752 単位

⑤「通所介護サービス提供体制加算Ⅱ」は、サービス提供する通所介護事業所が大規模型通所介護費（Ⅱ）の場合でも、通常規模型通所介護費のサービスコード（15-2446：通所介護Ⅰ 6 1）で算出した保険給付対象となる回数（自己負担が初めて生じる回数）分を保険給付対象とする。

≪区分支給限度基準内単位数≫

・18 単位（15-6100：通所サービス提供体制加算Ⅱ）×22 回＝396 単位

≪区分支給限度基準を超える単位数≫

・18 単位（15-6100：通所サービス提供体制加算Ⅱ）×7 回＝126 単位

	区分支給限度基準額（単位）	16,765	合計	20,782	21,795			5,030	15,752		161,480		145,332		16,148	51,560
--	---------------	--------	----	--------	--------	--	--	-------	--------	--	---------	--	---------	--	--------	--------

サービス内容／加減算	1日	2日	3日	～	21日	22日	23日	24日	25日	26日	27日	28日	29日
通所介護Ⅰ 6 1／通所介護Ⅲ 6 1	666	666	666		666	666	620	620	620	620	620	620	620
通所介護入浴介助加算Ⅰ	40	40	40		40	40	40	40	40	40	40	40	40
通所介護個別機能訓練加算Ⅰ 1	56	56	56		56	56	56	56	56	56	56	56	56
通所介護令和3年9月30日までの上乗せ分（累積）	1	1	2		14	15	15	16	17	17	18	18	19
超過判定用の日別累計給付管理単位数	763	1,525	2,288		16,016	16,779	17,495	18,212	18,929	19,645	20,362	21,078	21,795

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

【前提】

保険給付対象となる日数（超過分の自己負担が初めて生じる日数）については時系列に発生するサービスの給付管理単位数を累計し（月単位加算は初回に含めている、率計算となる加減算は日ごとに計算して求める）、22 日目のサービスで初めて自己負担が発生するため、保険給付対象となる日は1 日～22 日となる。

・22 日の累計給付管理単位数は黄色いセルの合計となる。

・23 日以降は大規模型のサービス単位数（赤字）で累計する。

・別表に記載する給付管理単位数合計は青字の数値となる。

※ただし累計順は一例であり必ず準ずるものではない。

様式第十一（附則第二条関係）

給付管理票（令和 3 年 4 月分）

保険者番号										保険者名											
9 0 1 0 0 1										□□市											
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 カゴ 伊助 介護 一郎											
生年月日										性別		要支援・要介護状態区分等									
明・大 昭 30年 3月 3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											
16,765 単位/月										1.平成 2.令和		3年 4月		～		令和 4年 3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 7 0 0 0 0 1 1 0											
担当介護支援専門員番号				9 0 0 0 0 0 0 1											
居宅介護／介護予防 支援事業者の事業所名				〇〇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				099－111－1111											
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	7	0	0	0	0	0	1	0	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	通所介護	1	5	1	5	7	5	2
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業								
	サービス利用票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。(従来通り。) ※〇〇事業所で通常規模型を用い給付管理をした結果、介護給付の対象となる大規模型 通所介護費で算出した計画単位数を記載する。																		
											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								
												合計							

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・地域密着型通所介護・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))

	枚中		枚目
--	----	--	----

④「区分支給限度基準を超える単位数」には、「給付管理単位数合計」から「区分支給限度基準額」を差し引いた超過分の単位数を記載する。

・**17,173 単位**（給付管理単位数合計） - **16,765 単位**（区分支給限度基準額）
= **408 単位**

様式第十一（附則第二条関係）

給付管理票（令和 3 年 10 月分）

保険者番号										保険者名											
901001										□□市											
被保険者番号										被保険者氏名											
0000001111										フリガナ カゴ 伊助 介護 一郎											
生年月日										性別		要支援・要介護状態区分等									
明・大 昭 30年 3月 3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											
16,765 単位/月										1.平成 2.令和		3年 4月		～		令和 4年 3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				9090000020											
担当介護支援専門員番号				90000001											
居宅介護／介護予防 支援事業者の事業所名				〇〇事業所											
支援事業者の 事業所所在地及び連絡先				099－111－1111											
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	1	0	0	0	0	0	1	0			1	3		6	3	4	2
□□事業所	9	0	1	0	0	0	0	0	1	0	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	訪問看護	1	3		6	3	4	2
〇〇事業所	9	0	9	0	0	0	0	0	2	0	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	小規模多機能型居 宅介護	7	3		9	3	9	1
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業								
											指定・基準該当・								
サービス利用票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。（従来通り。） ※訪問看護費に加え、小規模多機能型居宅介護費（１）同一建物に居住する者以外の者 に対して行う場合で給付管理をした結果、小規模多機能型居宅介護費（２）介護給付の 対象となる同一建物に居住する者に対して行う場合のサービスコード（73-1211：小規模 多機能２１）で算出した計画単位数を記載する。																			
											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								
												合計							

様式第二（附則第二条関係）

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

（訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・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））

公費負担者番号										令和		0	3	年	1	0	月分
公費受給者番号										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)	カゴ イロ															
	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								
		3	0	年	0	3	月	0	3	日							
	要介護状態区分	要介護 1 2・3・4・5															
認定有効期間	1.平成	0	3	年	0	4	月	0	1	日	から						
	2.令和	0	4	年	0	3	月	3	1	日	まで						
請求事業者	事業所番号	9	0	1	0	0	0	0	0	1	0						
	事業所名称	□□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 099-111-1111															

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成																				
	事業所番号	9	0	9	0	0	0	0	0	2	0	事業所名称	〇〇事業所								
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																				

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
	訪看14	1 3 1 3 1 1	1 1 2 5	6	6 7 5 0			

訪問看護費について、従来通り請求する。

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	公費対象単位数	施設所在保険者番号	摘要

サービス提供票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。(従来通り。)

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

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率			▲	%	受領すべき利用者負担の総額(円)	軽減額(円)	軽減後利用者負担額(円)	備考

様式第二（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看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・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））

公費負担者番号										令和		0	3	年	1	0	月分
公費受給者番号										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)	カゴ 伊吹															
	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								
		3	0	年	0	3	月	0	3	日							
	要介護状態区分	要介護 1 2・3・4・5															
認定有効期間	1.平成	0	3	年	0	4	月	0	1	日	から						
	2.令和	0	4	年	0	3	月	3	1	日	まで						
請求事業者	事業所番号	9	0	9	0	0	0	0	0	2	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 9-9-9															
	連絡先	電話番号 099-111-9999															

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成																				
	事業所番号	9	0	9	0	0	0	0	0	2	0	事業所名称	〇〇事業所								
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																				

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
	小規模多機能 2 1	7 3 1 2 1 1			9 3 9 1			

小規模多機能型居宅介護費（2）介護給付の対象となる同一建物に居住する者に対して行う場合を算定する事業所がサービスを行ったため、請求する際は小規模多機能型居宅介護費（2）介護給付の対象となる同一建物に居住する者に対して行う場合のサービスコード（73-1211：小規模多機能 2 1）で請求する。

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

サービス提供票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。（従来通り。）
※訪問看護費に加え、小規模多機能型居宅介護費（1）同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合で給付管理が行われた結果を踏まえ、小規模多機能型居宅介護費（2）介護給付の対象となる同一建物に居住する者に対して行う場合のサービスコード（73-1211：小規模多機能 2 1）で算出した計画単位数を記載する。

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

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

④「区分支給限度基準を超える単位数」には、「給付管理単位数合計」から「区分支給限度基準額」を差し引いた超過分の単位数を記載する。

・16,860 単位（給付管理単位数合計） - 16,765 単位（区分支給限度基準額）
= 95 単位

様式第十一（附則第二条関係）

給付管理票（令和 3 年 10 月分）

保険者番号										保険者名											
9 0 1 0 0 1										□□市											
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 カゴ 伊由 介 護 一 郎											
生年月日										性別		要支援・要介護状態区分等									
明・大 昭 30年 3月 3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											
16,765 単位／月										1.平成 2.令和 3年 4月				～		令和 4年 3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 9 0 0 0 0 0 2 0											
担当介護支援専門員番号				9 0 0 0 0 0 0 1											
居宅介護／介護予防 支援事業者の事業所名				〇〇事業所											
支援事業者の 事業所所在地及び連絡先				099－111－1111											
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				
□□事業所	9	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	訪問看護	1	3		6	6	5	5
〇〇事業所	9	0	9	0	0	0	0	0	0	2	0	指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業	小規模多機能型居 宅介護	7	3		9	1	0	9
												指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業								
												指定・基準該当・								
サービス利用票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。(従来通り。) ※訪問看護費に加え、小規模多機能型居宅介護費(1)同一建物に居住する者以外の者 に対して行う場合で給付管理をした結果、小規模多機能型居宅介護費(2)介護給付の 対象となる同一建物に居住する者に対して行う場合のサービスコード(73-1211:小規模 多機能21)で算出した計画単位数を記載する。																				
												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								
													合計							

様式第二（附則第二条関係）

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

（訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・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））

公費負担者番号										令和		0	3	年	1	0	月分
公費受給者番号										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)	カゴ イロ															
	氏名	介護 一郎															
	生年月日	1.明治		2.大正		3.昭和		性別	1. 男 2. 女								
	要介護状態区分	要介護 1 2・3・4・5															
認定有効期間	1.平成	0	3	年	0	4	月	0	1	日	から						
	2.令和	0	4	年	0	3	月	3	1	日	まで						
請求事業者	事業所番号	9	0	1	0	0	0	0	0	1	0						
	事業所名称	□□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 099-111-1111															

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成																				
	事業所番号	9	0	9	0	0	0	0	0	2	0	事業所名称	〇〇事業所								
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																				

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
	訪看14	1 3 1 3 1 1	1 1 2 5	6	6 7 5 0			

訪問看護費について、従来通り請求する。

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	公費対象単位数	施設所在保険者番号	摘要

サービス提供票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。（従来通り。）

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

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率			%	受領すべき利用者負担の総額（円）	軽減額（円）	軽減後利用者負担額（円）	備考

様式第二（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看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・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))

公費負担者番号											
公費受給者番号											

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 1 1 1 1										
	(フリガナ)	カイゴ イロウ										
	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			
		3	0	年	0	3	月				0	3
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		0	3	年	0	4	月	0	1	日	から
	令和		0	4	年	0	3	月	3	1	日	まで

令和		0	3	年	1	0	月分
----	--	---	---	---	---	---	----

保険者番号		9	0	1	0	0	1
-------	--	---	---	---	---	---	---

請 求 事 業 者	事業所番号	9	0	9	0	0	0	0	0	2	0	
	事業所名称	〇〇事業所										
	所在地	〒	9	9	9	9	ー	9	9	9	9	
		〇〇県□□市△△町 9-9-9										
連絡先	電話番号 099-111-9999											

居宅 サービス 計画	① 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成																					
	事業所 番号	9	0	9	0	0	0	0	0	2	0	事業所 名称	〇〇事業所									
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																					

[illegible]

給付費明細欄 (住所の特例 対象者)	サービス内容	サービスコード		サービス提供票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。(従来通り) ※訪問看護費に加え、小規模多機能型居宅介護費(1)同一建物に居住する者以外の者 に対して行う場合で給付管理が行われた結果を踏まえ、小規模多機能型居宅介護費 (2)介護給付の対象となる同一建物に居住する者に対して行う場合のサービスコード (73、1211、小規模多機能型(1)を算出した計画単位数を記載する)

[illegible]

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