

**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	年		月分						
公費受給者番号											保険者番号									
被保険者	被保険者番号											事業所番号								
	(フリガナ)											事業所名称								
	氏名											〒								
	生年月日	1.明治 年	2.大正 月	3.昭和 日	性別	1.男 2.女														
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5										所在地								
	認定有効期間	1.平成 2.令和 令和	年	月	日	から	月	日	まで	連絡先	電話番号									
居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成																			
	事業所番号						事業所名称													
開始年月日	1.平成 2.令和	年	月	日	中止年月日	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				
	医師居宅療養管理指導 II	3	1	1	1	1	5	1	4	1	5	1	4			※訪問日を記載				
	居宅療養令和3年9月 30日までの上乗せ分	3	1	8	3	0	0		1	1			1							
給付費明細欄 (住所地特例)	サービス内容	サービスコード					単位数	回数	サービス単位数			公費分回数	公費対象単位数			施設所在保険者番号	摘要			
請求額集計欄	①サービス種類コード ②名称	3	1	居宅療養 管理指導																
	③サービス実日数		1	日			日			日			日							
	④計画単位数																			
	⑤限度額管理対象単位数																			
	⑥限度額管理対象外単位数																			
	⑦給付単位数 (④⑤)のうち少ない数) + ⑥			5	1	5										保険	9	0		
	⑧公費分単位数																公費			
	⑨単位数単価	1	0	0	0	円/単位			円/単位		円/単位		円/単位		円/単位		合計			
	⑩保険請求額		4	6	3	5											4	6	3	5
	⑪利用者負担額			5	1	5											5	1	5	
	⑫公費請求額																			
	⑬公費分本人負担																			
	社会福祉法人等による軽減欄	軽減率				%	受領すべき利用者負担の総額(円)			軽減額(円)			軽減後利用者負担額(円)			備考				

**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	年	月						
公費受給者番号											保険者番号								
被保険者	被保険者番号											事業所番号							
	(フリガナ)											事業所名称							
	氏名											〒							
	生年月日	1.明治 年	2.大正 月	3.昭和 日	性別	1.男 2.女													
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5										所在地							
	認定有効期間	1.平成 令和	年	月	日	から	連絡先	電話番号											
居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成																		
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			
	医師居宅療養管理指導 I1		3	1	1	1	1	1	5	1	4	2	1	0	2	8	※訪問日を記載		
	居宅療養令和3年9月30日までの上乗せ分		3	1	8	3	0	0			1	1				1			
請求額集計欄	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		施設所在保険者番号	摘要		
社会福祉法人等による軽減欄	①サービス種類コード ②名称		3	1	居宅療養管理指導														
	③サービス実日数		2	日					日			日							
	④計画単位数																		
	⑤限度額管理対象単位数																		
	⑥限度額管理対象外単位数															給付率 (/100)			
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥		1	0	2	9										保険	9	0	
	⑧公費分単位数															公費			
	⑨単位数単価		1	0	0	0	円／単位		円／単位		円／単位		円／単位		円／単位	合計			
	⑩保険請求額		9	2	6	1										9	2	6	1
	⑪利用者負担額		1	0	2	9										1	0	2	9
	⑫公費請求額																		
	⑬公費分本人負担																		
	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	年	月													
公費受給者番号											保険者番号															
被保険者	被保険者番号											事業所番号														
	(フリガナ)											事業所名称														
	氏名											〒														
	生年月日	1.明治 年	2.大正 月	3.昭和 日	性別	1.男 2.女																				
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5										所在地														
	認定有効期間	1.平成 令和	年	月	日	から	連絡先	電話番号																		
令和	年	月	日	まで																						
居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成											2. 被保険者自己作成														
	事業所番号						事業所名称																			
開始年月日	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									
	医師居宅療養管理指導 I2		3	1	1	1	1	3	4	8	6	2	9	7	2											
	居宅療養令和3年9月 30日までの上乗せ分		3	1	8	3	0	0		1	1			1												
請求額集計欄	(住所地特例 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			施設所在保険者番号	摘要							
社会福祉法人等による軽減欄	①サービス種類コード ②名称		3	1	居宅療養 管理指導																					
	③サービス実日数		2	日					日			日			日											
	④計画単位数																									
	⑤限度額管理対象単位数																									
	⑥限度額管理対象外単位数																									
	⑦給付単位数 (④⑤)のうち少ない数) + ⑥			9	7	3										保険	9	0								
	⑧公費分単位数															公費										
	⑨単位数単価		1	0	0	0	円/単位			円/単位			円/単位			円/単位	合計									
	⑩保険請求額		8	7	5	7											8	7	5	7						
	⑪利用者負担額		9	7	3													9	7	3						
⑫公費請求額																										
⑬公費分本人負担																										
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	年		月分						
公費受給者番号											保険者番号									
被保険者	被保険者番号											事業所番号								
	(フリガナ)											事業所名称								
	氏名											〒								
	生年月日	1.明治 年	2.大正 月	3.昭和 日	性別	1.男 2.女														
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5										所在地								
	認定有効期間	1.平成 令和	年	月	日	から	連絡先	電話番号												
居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成																			
	事業所番号											事業所名称								
開始年月日	1.平成 2.令和	年	月	日	中止年月日	令和	年	月	日	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				
	医師居宅療養管理指導 13	3	1	1	1	5	4	4	5	1	4	4	5				※訪問日を記載			
	居宅療養令和3年9月 30日までの上乗せ分	3	1	8	3	0	0		1	1			1							
給付費明細欄 (住所地特例)	サービス内容	サービスコード					単位数	回数	サービス単位数			公費分回数	公費対象単位数			施設所在保険者番号	摘要			
請求額集計欄	①サービス種類コード ②名称	3	1	居宅療養 管理指導																
	③サービス実日数		1	日			日			日			日							
	④計画単位数																			
	⑤限度額管理対象単位数																			
	⑥限度額管理対象外単位数																			
	⑦給付単位数 (④⑤)のうち少ない数) + ⑥			4	4	6											保険	9	0	
	⑧公費分単位数																	公費		
	⑨単位数単価	1	0	0	0	円/単位			円/単位		円/単位		円/単位		円/単位		合計			
	⑩保険請求額		4	0	1	4											4	0	1	4
	⑪利用者負担額			4	4	6												4	4	6
	⑫公費請求額																			
	⑬公費分本人負担																			
	社会福祉法人等による軽減欄	軽減率				%	受領すべき利用者負担の総額(円)			軽減額(円)			軽減後利用者負担額(円)			備考				

**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	年		月分				
公費受給者番号											保険者番号							
被保険者	被保険者番号											事業所番号						
	(フリガナ)											事業所名称						
	氏名											〒						
	生年月日	1.明治 年	2.大正 月	3.昭和 日	性別	1.男 2.女												
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5										所在地						
	認定有効期間	1.平成 令和	年	月	日	から	連絡先	電話番号										
居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成																	
開始年月日	1.平成 2.令和	年	月	日	中止年月日	令和	年	月	日	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			
	医師居宅療養管理指導 13	3	1	1	1	5	4	4	5	2	8	9	0		※訪問日を記載			
	居宅療養令和3年9月 30日までの上乗せ分	3	1	8	3	0	0		1	1			1					
請求額集計欄	(住所地特例) 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		施設所在保険者番号	摘要	
		①サービス種類コード ②名称	3	1	居宅療養 管理指導													
		③サービス実日数	2	日														
		④計画単位数																
		⑤限度額管理対象単位数																
		⑥限度額管理対象外単位数															給付率 (/100)	
		⑦給付単位数 (④⑤)のうち少ない数) + ⑥		8	9	1											保険 9 0	
		⑧公費分単位数															公費	
		⑨単位数単価	1	0	0	0	円/単位			円/単位		円/単位		円/単位		円/単位	合計	
		⑩保険請求額	8	0	1	9											8 0 1 9	
⑪利用者負担額		8	9	1											8 9 1			
⑫公費請求額																		
⑬公費分本人負担																		
社会福祉法人等による軽減欄	軽減率				%	受領すべき利用者負担の総額(円)			軽減額(円)			軽減後利用者負担額(円)			備考			

**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	年	月									
公費受給者番号											保険者番号											
被保険者	被保険者番号											事業所番号										
	(フリガナ)											事業所名称										
	氏名											請求事業者										
	生年月日	1. 明治 年	2. 大正 月	3. 昭和 日	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 令和	年	月	日	から	所在地															
令和	年	月	日	まで	連絡先	電話番号																
居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成											2. 被保険者自己作成										
	事業所番号											事業所名称										
開始年月日	1. 平成 2. 令和	年	月	日	中止年月日	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					
	医師居宅療養管理指導 II 1	3	1	1	1	1	2	2	9	8	2	5	9	6	1	※訪問日を記載						
	居宅療養令和3年9月 30日までの上乗せ分	3	1	8	3	0	0		1	1												
請求額集計欄	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	施設所在保険者番号	摘要								
	①サービス種類コード ②名称	3	1	居宅療養 管理指導																		
	③サービス実日数	2	日							日		日		日								
	④計画単位数																					
	⑤限度額管理対象単位数																					
	⑥限度額管理対象外単位数																					
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥			5	9	7																
	⑧公費分単位数																					
	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		5	3	7	3												5	3	7	3	
⑪利用者負担額			5	9	7												5	9	7			
⑫公費請求額																						
⑬公費分本人負担																						
社会福祉法人等による軽減欄	軽減率		%	受領すべき利用者負担の総額(円)						軽減額(円)			軽減後利用者負担額(円)			備考						

**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	年	月							
公費受給者番号											保険者番号									
被保険者	被保険者番号											事業所番号								
	(フリガナ)											事業所名称								
	氏名											〒								
	生年月日	1.明治 年	2.大正 月	3.昭和 日	性別	1.男 2.女														
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5										所在地								
	認定有効期間	1.平成 令和	年	月	日	から	連絡先	電話番号												
居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成																			
	事業所番号											事業所名称								
開始年月日	1.平成 2.令和	年	月	日	中止年月日	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				
	医師居宅療養管理指導 II2	3	1	1	1	1	4	2	8	6	2	5	7	2	※訪問日を記載					
	居宅療養令和3年9月30日までの上乗せ分	3	1	8	3	0	0		1	1		1								
請求額集計欄	給付費明細欄 <small>住所地特例</small>	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		
社会福祉法人等による軽減欄	①サービス種類コード ②名称	3	1	居宅療養管理指導																
	③サービス実日数	2	日																	
	④計画単位数																			
	⑤限度額管理対象単位数																			
	⑥限度額管理対象外単位数																			
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥			5	7	3										保険	9	0		
	⑧公費分単位数																			
	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		5	1	5	7										5	1	5	7	
	⑪利用者負担額		5	7	3												5	7	3	
⑫公費請求額																				
⑬公費分本人負担																				
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	年		月分					
公費受給者番号											保険者番号								
被保険者	被保険者番号											事業所番号							
	(フリガナ)											事業所名称							
	氏名											〒							
	生年月日	1.明治 年	2.大正 月	3.昭和 日	性別	1.男 2.女													
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5										所在地							
	認定有効期間	1.平成 令和	年	月	日	から	連絡先	電話番号											
居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成																		
	事業所番号											事業所名称							
開始年月日	1.平成 2.令和	年	月	日	中止年月日	令和	年	月	日	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				
	医師居宅療養管理指導 II3	3	1	1	1	1	6	2	5	9	2	5	1	8	※訪問日を記載				
	居宅療養令和3年9月 30日までの上乗せ分	3	1	8	3	0	0		1	1				1					
請求額集計欄	給付費明細欄 <small>※住所地特例</small>	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		
社会福祉法人等による軽減欄	①サービス種類コード ②名称	3	1	居宅療養 管理指導															
	③サービス実日数	2	日				日			日		日							
	④計画単位数																		
	⑤限度額管理対象単位数																		
	⑥限度額管理対象外単位数													給付率 (/100)					
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥			5	1	9								保険	9	0			
	⑧公費分単位数													公費					
	⑨単位数単価	1	0	0	0	円/単位			円/単位		円/単位		円/単位	合計					
	⑩保険請求額	4	6	7	1									4	6	7	1		
	⑪利用者負担額	5	1	9										5	1	9			
⑫公費請求額																			
⑬公費分本人負担																			
社会福祉法人等による軽減欄	軽減率			%	受領すべき利用者負担の総額 (円)			軽減額 (円)			軽減後利用者負担額 (円)		備考						