

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																			
	(フリガナ) 氏名																			
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和						性別	1. 男 2. 女											
			年		月		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				年				月				日	から						
	2. 令和				年				月				日	まで						

令和								年								月分			
----	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	----	--	--	--

保険者番号																			
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成										2. 被保険者自己作成									
	事業所番号										事業所名称									
開始年月日 1. 平成 2. 令和			年			月			日	中止年月日	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][illegible][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

	枚中		枚目
--	----	--	----

様式第二（附則第二条関係）

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・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	

令和		年		月分
保険者番号				

被保険者	被保険者 番号																	
	(フリガナ)																	
	氏名																	
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和									性別	1. 男 2. 女						
			年			月			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			年			月			日	から							
	2. 令和			年			月			日	まで							

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

居宅 サービス 計画	１．居宅介護支援事業者作成										２．被保険者自己作成										
	事業所 番号										事業所 名称										
開始 年月日	１．平成 ２．令和			年			月			日	中止 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][illegible][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

	枚中		枚目
--	----	--	----

様式第二（附則第二条関係）

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・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															
	(フリガナ) 氏名															
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和			性別	1. 男 2. 女										
		年	月	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		年	月	日	から										
	令和		年	月	日	まで										

令和				年						月分	
保険者番号											

請 求 事 業 者	事業所 番号																	
	事業所 名称																	
	所在地	〒					-											
連絡先	電話番号																	

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成														2. 被保険者自己作成													
	事業所番号														事業所名称													
開始年月日	1. 平成			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][illegible][illegible][illegible]

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											
	(フリガナ) 氏名											
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和						性別	1. 男 2. 女			
			年		月		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				年			月			日	から
	令和				年			月			日	まで

令和						年					月分
保険者番号											

請 求 事 業 者	事業所 番号											
	事業所 名称											
	所在地	〒					—					
	連絡先	電話番号										

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成										2. 被保険者自己作成									
	事業所番号										事業所名称									
開始年月日 1. 平成 2. 令和			年			月		日	中止年月日	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

[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																			

令和					年					月分									
保険者番号																			

被保険者	被保険者 番号																		
	(フリガナ)																		
	氏名																		
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和									性別	1. 男 2. 女							
			年			月			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				年				月				日	から					
	令和				年				月				日	まで					

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

居宅 サービス 計画	１．居宅介護支援事業者作成										２．被保険者自己作成										
	事業所 番号										事業所 名称										
開始 年月日	１．平成 ２．令和			年			月			日	中止 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][illegible][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											

		令和				年				月分			
		保険者番号											

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

請 求 事 業 者	事業所 番号														
	事業所 名称														
	所在地	〒					－								
連絡先	電話番号														

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成										2. 被保険者自己作成									
	事業所番号								事業所名称											
開始年月日	1. 平成			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][illegible][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																			請求事業者	事業所番号															
	(フリガナ)																				事業所名称															
	氏名																				所在地	〒					－									
		生年月日	1. 明治		2. 大正		3. 昭和		性別	1. 男 2. 女																										
			年		月		日																													
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5																			連絡先	電話番号														
認定有効期間	1. 平成				年				月				日		から																					
	2. 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				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					

給付費明細欄 (住所 地特例 対象者)	サービス内容		サービスコード		単位数		回数		サービス単位数		公費分 回数		公費対象単位数		施設所在 保険者番号		摘要	

請求額集計欄	①サービス種類コード ／②名称	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			5	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			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																				

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																			請求事業者	事業所番号															
	(フリガナ)																				事業所名称															
	氏名																				所在地	〒					－									
		生年月日	1. 明治		2. 大正		3. 昭和		性別	1. 男 2. 女																										
			年		月		日																													
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5																			連絡先	電話番号														
認定有効期間	1. 平成				年				月				日		から																					
	2. 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				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								

給付費明細欄 (住所地特例対象者)	サービス内容	サービスコード						単位数			回数	サービス単位数			公費分回数	公費対象単位数			施設所在保険者番号	摘要		

請求額集計欄	①サービス種類コード ／②名称	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	