

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																						
	(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								
	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																													

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード						単位数			回数	サービス単位数			公費分回数	公費対象単位数			摘要	
	予防医師居宅療養 I1	3	4	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	4	8	3	0	0			1	1			1						

給付費明細欄 (住所地利 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	4	介護予防居宅療養管理指導																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
	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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
	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			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位			円／単位

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

	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 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

	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												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																						
	(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								
	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																													

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード						単位数			回数	サービス単位数			公費分回数	公費対象単位数			摘要	
	予防医師居宅療養12	3	4	1	1	1	3	4	8	6	2		9	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	4	8	3	0	0			1	1				1					

給付費明細欄 (住所地利 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	4	介護予防居宅 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													
	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				
	⑩保険請求額		▲	8	7	5	7	▲			▲				▲				
	⑪利用者負担額				9	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																						
	(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								
	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																																		

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード					単位数			回数	サービス単位数					公費分回数	公費対象単位数					摘要					
	予防医師居宅療養 I3	3	4	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	4	8	3	0	0			1	1					1											

(住所地特例 対象者) 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

請求額集計欄	①サービス種類コード ／②名称	3	4	介護予防居宅療養管理指導																		
	③サービス実日数	1	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			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			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																						
	(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				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
	予防医師居宅療養 I3	3	4	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	4	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	4	介護予防居宅療養管理指導																								
	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	8			9			1														給付率 (/100)						
	⑧公費分単位数																		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			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											
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][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																						
	(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								
	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																																		

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード						単位数			回数	サービス単位数			公費分回数	公費対象単位数			摘要			
	予防医師居宅療養Ⅱ1	3	4	1	1	1	2	2	9	8	2		5	9	6					※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	4	8	3	0	0			1	1				1							

給付費明細欄 (住所地利特例 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	4	介護予防居宅療養管理指導																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
--------	--------------------	---	---	--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 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											
		1.明治 2.大正 3.昭和			性別	1. 男 2. 女					
		年	月	日							
		要介護 1・2・3・4・5									
		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][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												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																						
	(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								
	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																													

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード						単位数			回数	サービス単位数			公費分回数	公費対象単位数			摘要	
	予防医師居宅療養Ⅱ2	3	4	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	4	8	3	0	0			1	1			1						

(住所地特例 対象者) 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

請求額集計欄	①サービス種類コード ／②名称	3	4	介護予防居宅療養管理指導																									
	③サービス実日数	2	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	7	3																							
	⑧公費分単位数																												
	⑨単位数単価	1	0	0	0	円／単位																							
	⑩保険請求額			5	1	5	7																						
	⑪利用者負担額				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																						
	(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								
	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																													

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード						単位数			回数	サービス単位数			公費分回数	公費対象単位数			摘要				
	予防医師居宅療養Ⅱ3	3	4	1	1	1	6	2	5	9	1		2	5	9					※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	4	8	3	0	0			1	1				1								

給付費明細欄 (住所地利 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	4	介護予防居宅 療養管理指導														
	③サービス実日数	1	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			2	6	0											保険	9 0
	⑧公費分単位数																公費	
	⑨単位数単価	1	0	0	0	円／単位			円／単位			円／単位			円／単位		合計	
	⑩保険請求額		2	3	4	0											2	3 4 0
	⑪利用者負担額			2	6	0												2 6 0
	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																					
	(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											
	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