

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 3

総合事業サービス（月定額でない）
 の請求
 （月途中住所地特例適用の場合）

公費負担者番号																				
公費受給者番号																				

平成																				
保険者番号	9	0	2	0	2	0														

被保険者番号	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0
(フリガナ)	カゴ サブロウ									
氏名	介護 三郎									
生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男	2. 女				
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	平成 2 7 年 0 4 月 0 1 日 から	平成 2 8 年 0 3 月 3 1 日 まで								

<事例説明>

平成27年4月

★ 4/5 ★ 4/15 ★ 4/25 ★ 4/30

4/21施設入所

★ : 総合事業サービス利用
 ◻ : 住所地特例適用期間

・ 4/5,15,25,30 に訪問型サービス（独自）を利用
 ・ 4/21 に住所地特例対象施設に入所

〔住所地特例適用前の単位数単価：11.40 円〕
 〔住所地特例適用後の単位数単価：11.12 円〕

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	平成 2 7 年 0 4 月 0 1 日
中止年月日	

1. 事業費請求額を求める

⑩事業費請求額＝
 《《⑦給付単位数×⑨単位数単価》×給付率》
 532 単位×11.40 円＝6,064.8≒6,064 円
 (532 単位+92 単位) ×11.12 円＝6,938.88≒6,938 円
 (6,064 円+6,938 円) ×90%＝11,701.8≒11,701 円

2. 利用者負担額を求める

⑪利用者負担額＝
 《⑦給付単位数×⑨単位数単価》－⑩事業費請求額
 532 単位×11.40 円＝6,064.8≒6,064 円
 (532 単位+92 単位) ×11.12 円＝6,938.88≒6,938 円
 (6,064 円+6,938 円) －11,701 円＝1,301 円

※ 《》は、囲まれた部分の計算結果の小数点以下を切り捨てることを示す

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
訪問型独自サービスⅣ	A 2 2 4 1 1	2 6 6	2	5 3 2

・ 住所地特例適用前の利用分は事業費明細欄に記載する
 ・ 住所地特例適用後の利用分は事業費明細欄（住所地特例対象者）に記載する
 ・ 月額加算（処遇改善加算、中山間地域等提供加算等）は月末の状況における欄に記載する

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
訪問型独自サービスⅣ	A 2 2 4 1 1	2 6 6	2	5 3 2			903030	
訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅰ	A 2 6 2 7 0		1	9 2			903030	

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

処遇改善加算のサービス単位数は事業費明細欄と事業費明細欄（住所地特例対象者）の単位数の合計単位数に対して算出する
 (532 単位+532 単位) ×8.6%＝91.504
 ≒92 単位（四捨五入）

住所地特例適用前後で単位数単価の高い単価を記載する

<月額報酬対象サービス及び日割り計算用サービスコードがない加算の取扱い>
 月の途中で住所地特例対象施設に入所（入居）し、住所地特例対象者になった場合は、日割りは行わず、月末における状況に応じた月額包括報酬を算定する。
 また、月の途中で住所地特例対象施設を移った場合も、日割りは行わず、月末における状況に応じた月額包括報酬を算定する。

様式第二の三（附則第〇条関係）

記載例 2 4

総合事業サービス（月額）の請求
（月途中住所地利適用の場合）

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）

公費負担者番号																				
公費受給者番号																				

平成	2	7	年	0	4	月分
保険者番号	9	0	2	0	2	0

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0
	(7)が(か)	かご サブロウ									
	氏名	介護 三郎									
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男	2. 女				
	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	平成 2 7 年 0 4 月 0 1 日 から	平成 2 8 年 0 3 月 3 1 日 まで								

請求事業者

事 事 所 連

＜事例説明＞

平成27年4月

4/21施設入所

■ : 総合事業サービス利用
□ : 住所地特例適用期間

- ・月を通じて訪問型サービス（独自）を利用
- ・4/21に住所地特例対象施設に入所

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	平成 2 7 年 0 4 月 0 1 日	中止年月日	
-------	----------------------	-------	--

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	公費回数
訪問型独自サービス1	A 2 1 1 1 1	1	1	1 1 6 8	
訪問型独自サービス経過改善加算1	A 2 6 2 7 0	1	1	1 0 0	

・月の途中で住所地特例適用となった場合、月額報酬サービスの利用分は日割りとせず、月末の状況における欄に記載する

・月額加算（処遇改善加算、中山間地域等提供加算等）は月末の状況における欄に記載する

1. 事業費請求額を求める

⑩事業費請求額＝

《《⑦給付単位数×⑨単位数単価》×給付率》

1,268 単位×11.12 円＝14,100.16 ≒ 14,100 円

14,100 円×90%＝12,690 円

2. 利用者負担額を求める

⑪利用者負担額＝

《⑦給付単位数×⑨単位数単価》－⑩事業費請求額

1,268 単位×11.12 円＝14,100.16 ≒ 14,100 円

14,100 円－12,690 円＝1,410 円

※《》は、囲まれた部分の計算結果の小数点以下を切り捨てることを示す

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
訪問型独自サービス1	A 2 1 1 1 1		1	1 1 6 8			903030	
訪問型独自サービス経過改善加算1	A 2 6 2 7 0		1	1 0 0			903030	

①サービス種類コード	A 2	訪問型サービス（独自）	処遇改善加算のサービス単位数を算出する
②名称			1,168 単位×8.6%＝100.448 ≒ 100 単位（四捨五入）
③サービス実日数	4	日	
④計画単位数	1 1 6 8		
⑤限度額管理対象単位数	1 1 6 8		
⑥限度額管理対象外単位数	1 0 0		
⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥	1 2 6 8		
⑧公費分単位数	0		月末の状況における単価を記載する
⑨単位数単価	1 1 1 2	円/単位	
⑩事業費請求額	1 2 6 9 0		
⑪利用者負担額	1 4 1 0		
⑫公費請求額	0		
⑬公費分本人負担	0		

＜月額報酬対象サービス及び日割り計算用サービスコードがない加算の取扱い＞

月の途中で住所地特例対象施設に入所（入居）し、住所地特例対象者になった場合は、日割りは行わず、月末における状況に応じた月額包括報酬を算定する。

また、月の途中で住所地特例対象施設を移った場合も、日割りは行わず、月末における状況に応じた月額包括報酬を算定する。

様式第二の三（附則第〇条関係）

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 5
総合事業サービス（月額額・日割り・公費あり）の請求
（月途中住所地利例適用の場合）

公費負担者番号	1	2	9	0	0	0	1	0
公費受給者番号	0	0	0	0	0	0	0	2

平成	2	7	年	0	4	月
保険者番号	9	0	2	0	2	0

被保険者番号	0	0	0	0	0	0	3	3	0	0
(7)カガ)	カゴ サボウ									
氏名	介護 三郎									
生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男	2.女				
要支援状態区分等	事業対象者・要支援1・要支援2									

事業所番号	9	0	A	0	0	0	0	3	0	0
事業所名称	＜事例説明＞									

平成27年4月

4/16公費適用

4/21施設入所

- ➡ : 総合事業サービス利用
- ➡ : 公費適用期間
- : 住所地特例適用期間

・月を通じて訪問型サービス（独自）を利用

・4/16に公費適用開始（日割り事由に該当）

・4/21に住所地特例対象施設に入所

住所地特例適用前の単位数単価：11.40円
住所地特例適用後の単位数単価：11.12円

・月の途中で住所地特例適用となった場合、月額報酬サービスの日割り請求分は、住所地特例適用前の利用分は**事業費**明細欄に、住所地特例適用後の利用分は**事業費**明細欄（住所地特例対象者）に記載する

・月額加算（処遇改善加算、中山間地域等提供加算等）は月末の状況における欄に記載する

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日割	A 2 2 1 1 1	3	8	2	0	7	6	0	5	1	9	0	

1. 事業費請求額を求める	2. 公費請求額を求める	3. 利用者負担額を求める
⑩事業費請求額＝	⑫公費請求額＝	⑪利用者負担額＝
《⑦給付単位数×⑨単位数単価》×給付率	《⑧公費分単位数×⑨単位数単価》×給付率》	《⑦給付単位数×⑨単位数単価》
760 単位×11.40 円＝8,664 円	190 単位×11.40 円＝2,166 円	－⑩事業費請求額－⑫公費請求額
478 単位×11.12 円＝5,315.36≒5,315 円	429 単位×11.12 円＝4,770.48≒4,770 円	(8,664 円＋5,315 円)－12,581 円－693 円
(8,664 円＋5,315 円)×90%＝12,581.1	(2,166 円＋4,770 円)×(100%－90%)	＝705 円
≒12,581 円	＝693.6≒693 円	

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	回数	公費対象単位数	摘要			
訪問型独自サービスI日割	A 2 2 1 1 1	3	8	1	0	3	8	0	903030	
訪問型独自サービス処遇改善加算I	A 2 6 2 7 0		1		9	8	1	4	9	903030

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

1. 処遇改善加算のサービス単位数は**事業費**明細欄と**事業費**明細欄（住所地特例対象者）の単位数の合計単位数に対して算出する
(760 単位＋380 単位)×8.6%＝98.04 ≒ 98 単位（四捨五入）

2. 処遇改善加算の公費対象単位数を算出する
98 単位× $\left(\frac{5 \text{ 回}+10 \text{ 回}}{20 \text{ 回}+10 \text{ 回}}\right)$ ＝49 単位

住所地特例適用前後で単位数単価の高い単価を記載する

＜月額報酬対象サービス及び日割り計算用サービスコードがない加算の取扱い＞
月の途中で住所地特例対象施設に入所（入居）し、住所地特例対象者になった場合は、日割りは行わず、月末における状況に応じた月額包括報酬を算定する。
また、月の途中で住所地特例対象施設を移った場合も、日割りは行わず、月末における状況に応じた月額包括報酬を算定する。

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

記載例 27

二割負担対象者が介護サービスを受けた場合の請求明細書

(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・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)・地域密着型通所介護)

公費負担者番号		平成	2	7	年	0	8	月分
公費受給者番号		保険者番号	9	0	2	0	2	0
被保険者番号	0000001111	事業所番号	9	0	7	0	0	0
(フリガナ) 氏名	介護 三郎	事業所名称	〇〇事業所					
生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 05年05月05日	所在地	〒999-9999 〇〇県〇〇市△△町5-5-5					
要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5	連絡先	電話番号 099-555-5555					
認定有効期間	平成27年04月01日から 平成28年03月31日まで							

介護三郎さんは、8月1日に二割負担対象者と判定された

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	9070000220	事業所名称	〇〇居宅介護支援事業所
開始年月日	平成 年 月 日	中止年月日	平成 年 月 日
中止理由	1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院		

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
身体介護1	11111	255	12	3060			
身体介護1・夜	11112	319	4	1276			

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	11 訪問介護							
③サービス実日数	16 日							
④計画単位数	4336							
⑤限度額管理対象単位数	4336							
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	4336							
⑧公費分単位数	0							
⑨単位数単価	1021 円/単位							
⑩保険請求額	35416							
⑪利用者負担額	8854							
⑫公費請求額	0							
⑬公費分本人負担	0							

二割負担対象者の場合、給付率は「80」とする

給付率 80%で計算した値を記載する

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

施設サービス等介護給付費明細書
(介護保健施設サービス)

記載例 2 8

二割負担対象者が出来高サービスを受けた場合の請求

公費負担者番号										平成		2	7	年	0	8	月		
公費受給者番号										保険者番号		9	0	2	0	2	0		
被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 2 2 2 2								事業所番号	9 0 7 0 0 0 0 0 3 0								
	(フリガナ)	カゴ ジロウ										△△事業所							
	氏名	介護 二郎										〒 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		所在地					
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5										連絡先							
認定有効期間	平成 2 7 年 0 4 月 0 1 日 から		平成 2 8 年 0 3 月 3 1 日 まで		電話番号 099-333-3333														
入所年月日	平成 2 7 年 0 8 月 2 2 日		退所年月日	平成 年 月 日		入所実日数	1 0		外泊日数	0									
主傷病	入所前の状況										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								
退所後の状況	1.居宅 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院																		
給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数日数	サービス単位数	公費分回数等	公費対象単位数	摘要											
	保健施設 I 1	5 2 1 1 1 1	9 8 0	1 0	9 8 0 0														
	合計										9 8 0 0								
所定疾患施設療養費等	所定疾患施設療養費	傷病名	① ② ③		所定疾患施設療養開始年月日	①平成 ②平成 ③平成		年	年	月	日								
	緊急時治療管理	傷病名	① ② ③		緊急時治療開始年月日	①平成 ②平成 ③平成		年	年	月	日								
	特定治療	リハビリテーション	点	摘要															
	処置	点																	
	手術	点																	
麻酔	点																		
放射線治療	点																		
合計	点																		
往診日数	医療機関名	通院日数	医療機関名																
特別療養費	傷病名	〇〇病																	
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要											
	0 5	初期入所診療管理	2 5 0	1	2 5 0														
	合計										2 5 0								
請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定治療・特別療養費	公費分特定治療・特別療養費														
	①点数・単位数合計	9 8 0 0		2 5 0															
	②点数・単位数単価	1 0 1 4 円/単位		10 円/点・単位	10 円/点・単位														
	③給付率	8 0 /100		8 0 /100	/100														
	④請求額(円)	7 9 4 9 7		2 0 0 0															
⑤利用者負担額(円)	1 9 8 7 5		5 0 0																
介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	費用額(円)	公費日数	公費分	利用者負担額											
	合計																		
	二割負担対象者が出来高サービスを受けた場合、二割負担対象者用の給付率(80%)で請求する						保険分請求額(円)	公費分請求額	公費分本人負担月額										

二割負担対象者が給付制限となった
場合の請求

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・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)・地域密着型通所介護)

公費負担者番号		平成	2	7	年	0	9	月	分			
公費受給者番号		保険者番号	9	0	2	0	2	0				
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 サブロウ										
	氏名	介護 三郎										
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別							
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5										
認定有効期間	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から	
	平成	2	8	年	0	3	月	3	1	日	まで	
事業所番号	9 0 7 0 0 0 0 0 2 0											
事業所名称	〇〇事業所											
連絡先	電話番号 099-555-555											

介護三郎さんは、8月1日に二割負担対象者と判定されたが、保険料を滞納していたため、給付制限となった

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 2 2 0	事業所名称	〇〇居宅介護支援事業所											
開始年月日	平成		年		月		日	中止年月日	平成		年		月		日
中止理由	1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院														

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要
		身体介護1	1 1 1 1 1 1	2 5 5	1 2	3 0 6 0		
	身体介護1・夜	1 1 1 1 1 2	3 1 9	4	1 2 7 6			

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

二割負担対象者であり、給付制限となった場合、給付率は「70」とする

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

二割負担対象者が減免の対象者となった場合の請求

(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・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)・地域密着型通所介護)

公費負担者番号		平成	2	7	年	1	0	月分														
公費受給者番号		保険者番号	9	0	2	0	2	0														
被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	事業所番号	9	0	7	0	0	0	0	2	0		
(7桁) 氏名	介護 三郎										〇〇事業所											
生年月日	1.明治			2.大正			3.昭和			性別	〇〇県〇〇市△△町 5-5-5											
要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5										連絡先 電話番号 099-555-555											
認定有効期間	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から	平成	2	8	年	0	3	月	3	1	日	まで

介護三郎さんは、8月に二割負担対象者と判定されたが、罹災し減免対象(100%給付)となった

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	2	2	0	事業所名称	〇〇居宅介護支援事業所										
開始年月日	平成			年			月			日	中止年月日	平成			年			月			日	
中止理由	1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院																					

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
身体介護 1	1 1 1 1 1 1	2 5 5	1 2	3 0 6 0			
身体介護 1・夜	1 1 1 1 1 2	3 1 9	4	1 2 7 6			

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

二割負担対象者であり、減免対象者となった場合、給付率は「100」とする
※減免給付率は 81~100%の間で保険者が設定する

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

様式第二の三 (附則第〇条関係)

記載例 3 1
二割負担対象者がみなしサービスを受けた場合の請求

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)

公費負担者番号		平成	2	7	年	0	8	月	分
公費受給者番号		保険者番号	9	0	1	0	1	0	

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 1 0 1 0	事業所	9 0 7 0 1 0 0 0 1 0	
	(フリガナ)	カゴ ナツコ	〇〇事業所	〒 9 9 9 - 9 9 9 9	
	氏名	介護 夏子			〇〇県〇〇市△△町 1-1-1
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 0 5 年 0 7 月 0 7 日	性別	1. 男 2. 女	
	要支援状態区分等	事業対象者 (要支援1)・要支援2		求業者	
認定有効期間	平成 2 7 年 0 4 月 0 1 日 から 平成 2 8 年 0 3 月 3 1 日 まで	連絡先	電話番号 099-222-2222		

介護夏子さんは、8月1日に二割負担対象者と判定された

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 1 0 0 0 1
事業所名称	●●地域包括支援センター

開始年月日	平成	年	月	日	中止年月日	平成	年	月	日
-------	----	---	---	---	-------	----	---	---	---

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
介護予防訪問介護 I	A 1 1 1 1 1		1	1 2 2 6			
予防訪問介護初回加算	A 1 4 0 0 1		1	2 0 0			

以下の総合事業サービスについては、二割負担が適用される

- ・A1：訪問型サービス (みなし)
- ・A2：訪問型サービス (独自)
- ・A5：通所型サービス (みなし)
- ・A6：通所型サービス (独自)

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	A 1 訪問型サービス (みなし)						
	③サービス実日数	1 0 日						
	④計画単位数	1 4 2 6						
	⑤限度額管理対象単位数	1 4 2 6						
	⑥限度額管理対象外単位数		0					給付率 (/100)
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥	1 4 2 6						事業 8 0
	⑧公費分単位数		0					公費
	⑨単位数単価	1 0 2 1 円/単位						合計
	⑩事業費請求額	1 1 6 4 7						1 1 6 4 7
	⑪利用者負担額	2 9 1 2						2 9 1 2
	⑫公費請求額		0					0
	⑬公費分本人負担		0					0

二割負担対象者の場合、給付率は「80」とする

みなしサービス及び保険者独自サービスについては、二割負担対象者の場合、介護同様に利用者負担が2割となるよう請求する

様式第二の三 (附則第〇条関係)

記載例 3 2
二割負担対象者が保険者独自(定率)サービス、保険者独自(定額)サービスを受けた場合の請求

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)

公費負担者番号		平成	2	7	年	0	8	月	分
公費受給者番号		保険者番号	9	0	1	0	1	0	

被保険者番号	0 0 0 0 0 0 1 0 1 0	事業所番号	9 0 A 0 1 0 0 0 1 0
(フリガナ) 氏名	カゴ サツコ 介護 夏子	事業所所在地	〇〇事業所 〒 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 0 5 年 0 7 月 0 7 日	性別	1. 男 2. 女
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	平成 2 7 年 0 4 月 0 1 日 から 平成 2 8 年 0 3 月 3 1 日 まで		

介護夏子さんは、8月1日に二割負担対象者と判定された

(参考) 明細情報ごとの事業費請求額を求める
明細情報ごとの事業費請求額 =
《《サービス単位数×⑨単位数単価》×給付率》
1行目 □□サービス1(高所得)(A3□□□□)
1,000単位×10.21円=10,210円
10,210円×85%=8,678.5
≒8,678円
※《》は、囲まれた部分の計算結果の小数点以下を切り捨てることを示す

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 1 0 0 0 1
事業所名称	

開始年月日	平成		年		月		日	中止年月日
-------	----	--	---	--	---	--	---	-------

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
□□サービス1(高所得)	A 3 □ □ □ □	2 0 0	5	1 0 0 0
◇◇サービス1(高所得)	A 4 ◇ ◇ ◇ ◇	4 0 0	5	2 0 0 0

保険者が所得段階ごとにサービスコードを設定したい場合、二割負担対象者は所得段階に応じたサービスコードを使用する
(通常受給者用)
□□サービス1 単位数: 200単位 給付率: 95%
◇◇サービス1 単位数: 400単位 利用者負担額: 207円
(高所得者用)
□□サービス1(高所得) 単位数: 200単位 給付率: 85%
◇◇サービス1(高所得) 単位数: 400単位 利用者負担額: 414円

(参考) 明細情報ごとの利用者負担額を求める
明細情報ごとの利用者負担額 =
1回あたりの利用者負担額×回数
2行目 ◇◇サービス1(高所得)(A4◇◇◇◇)
414円×5回=2,070円

費分目数	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	A 3 訪問型サービス(独自/定率)	A 4 訪問型サービス(独自/定額)				
	③サービス実日数	5 日	5 日				
	④計画単位数	1 0 0 0	2 0 0 0				
	⑤限度額管理対象単位数	1 0 0 0	2 0 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 0 0 0	2 0 0 0				
	⑧公費分単位数		0				
	⑨単位数単価	1 0 2 1 円/単位	1 0 2 1 円/単位				
	⑩事業費請求額	8 6 7 8	1 8 3 5 0				
	⑪利用者負担額	1 5 3 2	2 0 7 0				
	⑫公費請求額		0				
	⑬公費分本人負担		0				
							事業
						公費	
						合計	
							2 7 0 2 8
							3 6 0 2
							0
							0

二割負担対象者の場合も、保険者独自(定率)サービス、保険者独自(定額)サービスについては、給付率は記載しない

保険者独自(定率)サービス、保険者独自(定額)サービスについては、所得段階に応じたサービスコードを使用して請求する

様式第三 (附則第二条関係)

居宅サービス介護給付費明細書
(短期入所生活介護)

記載例 3-3-3

短期入所生活介護において入所日から30日を超えて算定する場合

公費負担者番号																				
公費受給者番号																				

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

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	
	(フリガナ)	カゴ アキオ										
	氏名	介護 秋男										
	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	平成 2 7 年 4 月 1 日 から	平成 2 8 年 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	6	0	
	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 1-1-1										
	連絡先	入所年月日、退所年月日及び短期入所実日数の記載方法は、現行から変更なし。										

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	1	0	0	0	1
	事業所名称	●●居宅介護支援事業所									

入所年月日	平成 2 7 年 4 月 1 1 日
退所年月日	平成 2 7 年 5 月 1 0 日
短期入所 実日数	3 0

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	公費対象単位数	摘要
短期生活長期利用者提供減算	2 1 6 2 8 3	- 3 0	2 0	- 6 0 0			
短期生活サービス提供体制加算 I 1	2 1 6 1 0 0	1 8	3 0	5 4 0			
合計							

平成27年4月 | 平成27年5月 | 平成27年6月

▲ 4/11入所

← 30日連続入所として算定

5/11 リセット

← 30日連続入所として算定(減算あり)

全額自己負担

5/1~5/10 : 通常算定
5/11 : 全額自己負担(本体、減算、加算の報酬を含む)
5/12~5/31 : 減算あり算定

ただし、連続30日を超える入所については、利用者の心身の状況等を勘案して利用せざる得ない場合の連続入所日数算定における記載方法を示したものであり、短期入所サービスを施設サービス同様に利用することを前提としたものではない。

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

サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計									
保険分請求額(円)									公費分本人負担月額
公費分請求額									

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
	21	短期入所生活介護					

サービス利用票別表の記載例

・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)：16,692単位

記載例 3 4 - 1

区分支給限度額を超えた際にサービス提供体制強化加算(1日につき)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	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	9070100010	身体8生活1・2人	116614	2,062			7	14,434				14,434	11.40	164,547	90	148,092		16,455	
△△事業所	9070000060	単独短期生活 I 1	211111	620			5	3,100			842	2,258	11.10	25,063	90	22,556		2,507	9,346
△△事業所	9070000060	短期生活サービス提供体制加算 I 1	216100	18			5	(90)			(18)	(72)	11.10	799	90	719		80	199
				区分支給限度基準額(単位)	16,692		合計	17,534			842	16,692		190,409		171,367		19,042	9,545

＜サービス提供体制強化加算(1日につき)の考え方＞
 サービスを支給限度額を超えて利用する場合、サービス提供体制強化加算は、本体報酬が保険給付される日数以下の日数分しか給付されない。
 4日目で限度額超過となる為、5日目以降は保険給付されない。

短期生活サービス提供体制加算 I 1は限度額管理対象外のため費用総額 保険/事業対象分等を別行で記載している。
 ただし介護給付費明細書の計算方法に合わせて下記のように単位数を合計後に算出した金額を合計行等に記載しても差し支えない。
【費用総額 保険/事業対象分】
 $\langle (2,258\text{単位} + 72\text{単位}) \times 11.10\text{円} \rangle = 25,863\text{円}$
【保険/事業費 請求額】
 $\langle 25,863\text{円} \times 90/100(\text{給付率}) \rangle = 23,276\text{円}$
【利用者負担 保険/事業対象分】
 $25,863\text{円} - 23,276\text{円} = 2,587\text{円}$
【利用者負担(全額負担分)】
 $\langle (842\text{単位} + 18\text{単位}) \times 11.10\text{円} \rangle = 9,546\text{円}$
 ※《》は、囲まれた部分の計算結果の小数点以下を切り捨てることを示す。

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

様式第三 (附則第二条関係)

居宅サービス介護給付費明細書
(短期入所生活介護)

記載例 3 4 - 3

区分支給限度額を超えた際にサービス提供体制強化加算(1日につき)を算定する場合

公費負担者番号																				
公費受給者番号																				

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

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0								
	(フリガナ)	カイク ハルコ																	
	氏名	介護 春子																	
	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	平成	2	7	年	4	月	1	日	から	平成	2	8	年	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	6	0
	事業所名称	△△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 099-1111-1111									

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	1	0	0	0	1
	事業所名称	●●居宅介護支援事業所									

入所年月日	平成	2	7	年	4	月	2	0	日
退所年月日	平成	2	7	年	5	月	5	日	
短期入所 実日数									5

サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
短期生活サービス提供体制加算 I 1	2 1 6 1 0 0	1 8	4	7 2			
<サービス提供体制強化加算(1日につき)の考え方> サービスを支給限度額を超えて利用する場合、サービス提供体制強化加算は、本体報酬が保険給付される日数以下の日数分しか給付されない。							
合計							

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

サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計									
保険分請求額(円)								公費分請求額	公費分本人負担月額

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
	21	短期入所生活介護					

サービス利用票別表の記載例

・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：要支援1

区分支給限度基準額(単位)：5,003単位

記載例 3 5 - 1

区分支給限度額を超えた際にサービス提供体制強化加算(1月につき)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	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													
□□事業所	907000003	予防訪問介護Ⅱ	611211	2,335			1	2,335				2,335	11.40	26,619	90	23,957		2,662	
××事業所	907000030	予防看Ⅰ4	631311	1,117			2	2,234				2,234	11.40	25,467	90	22,920		2,547	
▽▽事業所	907000300	予防通所介護1	651111	1,647			1	1,647			1,213	434	10.90	4,730	90	4,257		473	13,221
▽▽事業所	907000300	予防通所サービス提供体制加算Ⅰ11	656107	72			1	(72)				(72)	10.90	784	90	705		79	
				区分支給限度基準額(単位)	5,003		合計	6,216			1,213	5,003		57,600		51,839		5,761	13,221

<サービス提供体制強化加算(1月につき)の考え方>
 本体報酬が支給限度額を超えた際でもサービス提供体制強化加算は月包括分が算定可能とする。

予防通所サービス提供体制加算Ⅰ11は限度額管理対象外のため費用総額 保険/事業対象分等を別行で記載している。ただし介護給付費明細書の計算方法に合わせ下記の様に単位数を合計後に算出した金額を合計行等に記載しても差し支えない。

【費用総額 保険/事業対象分】
 $\langle (434\text{単位} + 72\text{単位}) \times 10.90\text{円} \rangle = 5,515\text{円}$
 【保険/事業費 請求額】
 $\langle 5,515\text{円} \times 90/100\text{(給付率)} \rangle = 4,963\text{円}$
 【利用者負担 保険/事業対象分】
 $5,515\text{円} - 4,963\text{円} = 552\text{円}$
 ※《》は、囲まれた部分の計算結果の小数点以下を切り捨てることを示す。

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

区分支給限度額を超えた際にサービス提供体制強化加算(1月につき)を算定する場合

介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給

(介護予防訪問介護・介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防居宅通所リハ・介護予防福祉用具貸与・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護(短期利用))

公費負担者番号		平成	2	7	年	0	5	月分			
公費受給者番号		保険者番号	9	0	1	0	1	0			
被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 1 0 3 0									
	(フリガナ)	カゴ フミ									
	氏名	介護 冬美									
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男 2.女					
	要支援状態区分	要支援1 要支援2									
認定有効期間	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成	2	8	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 3 0 0									
	事業所名称	▽▽事業所									
	所在地	〒999-9999 〇〇県〇〇市△△町3-3-3									
	連絡先	電話番号 099-333-3333									

介護予防サービス計画	2. 被保険者自己作成	3. 介護予防支援事業者作成							
事業所番号	9 0 0 0 0 0 1 0 0 0 2	事業所名称	●●地域包括支援センター						
開始年月日	平成	年	月	日	中止年月日	平成	年	月	日
中止理由	1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院								

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
予防通所介護1	6 5 1 1 1 1		1	1 6 4 7			
予防通所サービス提供体制加算111	6 5 6 1 0 7		1	7 2			

<サービス提供体制強化加算(1月につき)の考え方>
 本体報酬が支給限度額を超えた際でもサービス提供体制強化加算は月包括分が算定可能とする。

サービス内容	サービスコード	単位数	摘要

①サービス種類コード/②名称	6 5	介護予防通所介護							
③サービス実日数	1 0	日		日		日			
④計画単位数		4 3 4							
⑤限度額管理対象単位数		1 6 4 7							
⑥限度額管理対象外単位数		7 2							給付率 (/100)
⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥		5 0 6							保険 9 0
⑧公費分単位数		0							公費
⑨単位数単価	1 0 9 0	円/単位		円/単位		円/単位		円/単位	合計
⑩保険請求額		4 9 6 3							4 9 6 3
⑪利用者負担額		5 5 2							5 5 2
⑫公費請求額		0							0
⑬公費分本人負担		0							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 36-3

区分支給限度額を超えた際にサービス提供体制強化加算(1回につき)を算定する場合

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
 夜間対応型訪問介護・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
 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)・地域密着型通所介護)

公費負担者番号		平成	2	7	年		5	月	分		
公費受給者番号		保険者番号	9	0	1	0	1	0			
被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	0	4	0
	(フリガナ)	カゴ ナツミ									
	氏名	介護 夏美									
	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	平成	2	7	年		4	月		1	日	から
	平成	2	8	年		3	月		3	日	まで
請求事業者	事業所番号	9	0	7	0	0	0	0	3	0	0
	事業所名称	▽▽事業所									
	所在地	〒999-9999 〇〇県〇〇市△△町3-3-3									
連絡先	電話番号 099-3333-3333										

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 1 0 0 0 1	事業所名称	●●居宅介護支援事業所											
開始年月日	平成		年		月		日	中止年月日	平成		年		月		日
中止理由	1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院														

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	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 1 1	1 5 1 2 4 1	4 2 6 7	2 9 8 2				
通所介護サービス提供体制加算 1 1	1 5 6 1 0 0	1 8 6	1 0 8					
<p><サービス提供体制強化加算(1回につき)の考え方> サービスを支給限度額を超えて利用する場合、サービス提供体制強化加算は、本体報酬が保険給付される回数以下の回数分しか給付されない。</p>								

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

介護療養施設サービスの摘要欄に記載する医科診療報酬における診断群分類（DPC）コードについて

I—資料8「介護給付費請求書等の記載要領について」（別表一）摘要欄記載事項 抜粋

○介護療養施設サービス

サービス 種類	サービス内容 (算定項目)	摘要欄記載事項
介護療養施設サービス	療養型介護療養施設サービス費 (I)(ii)(iii)(v)(vi)、療養型介護療養施設サービス費(II)(ii)(iv)、ユニット型療養型介護療養施設サービス費(II)(III)(V)(VI)、診療所型介護療養施設サービス費 (I)(ii)(iii)(v)(vi)又はユニット型診療所型介護療養施設サービス費 (II)(III)(V)(VI)を算定する場合	<p><u>すべての入院患者について、医療資源を最も投入した傷病名を、医科診療報酬における診断群分類(DPC)コードの上6桁を用いて摘要欄に左詰めで記載すること。ただし、平成27年度中においては、適切なコーディングが困難な場合、XXXXXXと記載すること。</u></p> <p>下記イからヌまでに適合する患者については、摘要欄にDPC上6桁に続けてその状態を記載すること。なお、複数の状態に該当する場合は主たる状態のみを記載すること。</p> <p>例1 050050,イ (傷病名が慢性虚血性心疾患で、下記のイに該当する場合)</p> <p>例2 110280,ハD (傷病名が慢性腎不全で、下記のハDに該当する場合)</p> <p>例3 040120 (傷病名が慢性閉塞性肺疾患で、下記のイからヌまでに該当しない場合)</p> <p>イ～ヌ (略)</p>

「医科診療報酬における診断群分類（DPC）コードの上6桁」については、厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名（平成二十年厚生労働省告示第九十五号）の規定に基づき記載すること。具体的には「DPC/PDPS 傷病名コーディングテキスト（平成26年4月厚生労働省保険局医療課）」を参照すること。なお、詳細は別途通知するところによるものとする。