

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

事例① 生活保護単独受給者の場合

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・
 ・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）・
 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 1 2 1 3 × × × ×
 公費受給者番号 × × × × × × ×

平成 3 0 年 0 4 月分
 保険者番号 1 3 〇 〇 〇 〇

被保険者番号 H 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
 (フリガナ) _____
 氏名 _____
 生年月日 1.明治 2.大正 3.昭和 _____年 _____月 _____日
 要介護状態区分 要介護 1・2・
 認定有効期間 平成 _____年 _____月 _____日から 平成 _____年 _____月 _____日まで
 事業所番号 _____
 事業所名称 _____
 連絡先 電話番号 _____

被保険者番号が「H」から始まる利用者は、介護保険分の負担はありませんが、回数・サービス単位数の記載は必要となります。また、公費分回数・公費対象単位数も記載が必要となります。

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 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 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
訪問看護 I 2	1 3 1 1 1 1	4 6 7	8	3 7 3 6	8	3 7 3 6	

(集計欄の計算方法)
 総費用額→⑦3,736×⑨11.40=42,590.4（小数点以下切捨て）※以下の計算同様
 ⑫公費請求額→42,590×（100〔公費給付率〕-0〔保険給付率〕）/100=42,590

①サービス種類コード/②名称	1 3 訪問リハ						
③サービス実日数	8 日						
④計画単位数	3 7 3 6						
⑤限度額管理対象単位数	3 7 3 6						
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	3 7 3 6						給付率 (/100)
⑧公費分単位数	3 7 3 6						保険
⑨単位数単価	1 1 4 0 円/単位						公費 1 0 0
⑩保険請求額							合計
⑪利用者負担額							
⑫公費請求額	4 2 5 9 0						4 2 5 9 0
⑬公費分本人負担							

給付率は介護保険の負担が発生しない為、記載は不要となります。公費の給付率は、100%と記載します。

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

事例② 介護保険+生活保護受給者の場合

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・
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)・
(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	1	2	1	3	×	×	×	×
公費受給者番号	×	×	×	×	×	×	×	

平成	3	0	年	0	4	月分
保険者番号	1	3	〇	〇	〇	〇

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
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5					
	認定有効期間	平成		年	平成		年

生活保護適用分の公費負担分回数・対象単位数を記載します。

事業所番号						
事業所名称						
所在地	〒					

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	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 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
訪問看護 I 2	1 3 1 1 1 1	4 6 7	8	3 7 3 6	8	3 7 3 6	
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>(集計欄の計算方法)</p> <p>総費用額→⑦3,736×⑨11.40=42,590</p> <p>⑩保険請求額→42,590×90〔保険給付率〕/100=38,331</p> <p>⑫公費請求額 42,590-⑩38,331=4,259</p> </div>							

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

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

事例③-1 月途中で生活保護受給者となった場合

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・
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)・
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	1	2	1	3	×	×	×	×
公費受給者番号	×	×	×	×	×	×	×	×

平成	3	0	年	0	4	月分
保険者番号	1	3	○	○	○	○

被保険者	被保険者番号											事業所				
	(フリガナ)															
	氏名															
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.										
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5														
認定有効期間	平成		年		月		平成		年		月					

生活保護法介護券 (30年4月)

有効期間 20日から30日まで

単独・併用別 単 独 ・ 併 用

(備考) 介護保険 あり ・ 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	事業所名称

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 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	概要
通所介護入浴加算	155301	50	4	200	1	50	
通所介護処遇改善加算Ⅰ	156108	143	1	143	1	36	

生活保護適用開始以降のサービスについての回数・単位数を記載します。

(集計欄の計算方法)

総費用額→⑦2,575×⑩10.90=28,067

⑩保険請求額→28,067×90〔保険給付率〕/100=25,260

⑫公費請求額→⑧644×⑨10.90=7,019

→7,019×(100〔公費給付率〕-90〔保険給付率〕)/100=701

⑪利用者負担→28,067-⑩25,260-⑫701=2,106

(月途中より公費負担が発生する為、それ以前は利用者負担が発生します。この場合の利用者負担は、総費用額より保険分と公費分を差し引いた残り分となります。)

①サービス種類コード/②名称	15	通所介護
③サービス実日数	4	日
④計画単位数	2432	
⑤限度額管理対象単位数	2432	
⑥限度額管理対象外単位数	143	
⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥	2575	
⑧公費分単位数	644	
⑨単位数単価	1090	円/単位
⑩保険請求額	25260	
⑪利用者負担額	2106	
⑫公費請求額	701	
⑬公費分本人負担		

(処遇改善加算の計算方法)		給付率 (100)
通所介護Ⅱ21	→558 単位×4 回=2,232	保険
入浴介護所加算	→50 単位×4 回=200	公費
処遇改善加算	→(2,232+200)×59/1,000=143	合計
	(小数点以下四捨五入)	25260
公費対象単位数	→(558+50)×59/1,000=36	2106
		701

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

用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・
小規模多機能型居宅介護（短期利用）・
機能型居宅介護・短期利用）・地域密着型通所介護

事例③-2 月途中で生活保護受給者となった場合（福祉用具貸与）

公費負担者番号	1	2	1	3	×	×	×	×
公費受給者番号	×	×	×	×	×	×	×	

平成	3	0	年	0	4	月	分
保険者番号	1	3	○	○	○	○	

被保険者	被保険者番号 (フリガナ)								事業所							
	氏名	生活保護法介護券（30年4月）														
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.	有効期間 21日から30日まで									
	要介護状態区分	単独・併用別 単独・併用														
	認定有効期間	平成		年		月		(備考) 介護保険 あり・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								事業所名称						

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 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
△△△△△貸与	1710**		30	900	10	300	11111-111111

福祉用具貸与費は、日割り計算します。
 回数は、生活保護開始以降のサービスの日数
 公費対象単位数は、
 サービス単位数÷回数×公費分回数を記載します。
 (小数点以下四捨五入)
 3,000÷30×10=1,000 , 900÷30×10=300

(集計欄の計算方法)									
総費用額→⑦3,900×⑨10.00=39,000									
⑩保険請求額→39,000×90〔保険給付率〕/100=35,100									
⑫公費請求額→⑧1,300×⑨10.00=13,000									
→13,000×(100〔公費給付率〕-90〔保険給付率〕)/100=1,300									
⑪利用者負担→39,000-⑩35,100-⑫1,300=2,600									
(③-1と同様に公費負担が発生する日より前は、利用者負担が発生します。利用者負担額は、総費用額より保険分と公費分を差し引いた残り分となります。)									
請求額集計欄	①サービス種類コード/②名称	17	福祉用具貸与						
	③サービス実日数	30	日						
	④計画単位数		3900						
	⑤限度額管理対象単位数		3900						
	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		3900						
⑧公費分単位数		1300							
⑨単位数単価	1000	円/単位							合計
⑩保険請求額	35100								35100
⑪利用者負担額	2600								2600
⑫公費請求額	1300								1300
⑬公費分本人負担									

(様式第二の二)

介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書

管理指導・介護予防通所介護・介護予防居宅介護（短期利用以外）

事例③-3 月途中で生活保護受給者となった場合（介護予防サービス）

公費負担者番号 1 2 1 3 × × × ×

平成 3 0 年 0 4 月 分

公費受給者番号 × × × × × × ×

保険者番号 1 3 〇 〇 〇 〇

被保険者	被保険者番号											事業所				
	(フリガナ)															
	氏名															
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1.										
	要支援状態区分	要支援 1 ・ 要支援 2														
認定有効期間	平成		年		月											

生活保護法介護券（30年4月）

有効期間 21日から30日まで

単独・併用別 単 独 ・ 併 用

（備考）介護保険 あ り ・ な し

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	事業所名称

開始年月日	平成	日割り計算用のサービスコードを記載する場合、回数はサービス提供期間の日数、公費分回数は生活保護適用期間の日数を記載します。	成	年	月	日
中止理由	1. 非	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
予防通所リハ11・日割	661112	56	30	1680	10	560	
運動器機能向上加算	665002		1	225	1	225	
口腔機能向上加算	665004		1	150	1	150	
予防通所リハ処遇改善加算I	666100	97	1	97	1	44	

日割り計算用コードがない加算は、日割り計算ができないため、サービス単位数に記載した単位数を公費対象単位数に記載します。

公費負担は、日割りするサービスの保護適用期間の1割分と日割りしない加算の月額1割分が対象となります。利用者負担額は、保護開始前の日割りするサービスの1割分になります。

(集計欄の計算方法)

総費用額→⑦2,152×⑨11.10=23,887

⑩保険請求額→23,887×90〔保険給付率〕/100=21,498(小数点以下切り捨て)

⑫公費請求額→⑧979×⑨11.10=10,866(小数点以下切り捨て)

→10,866×(100〔公費給付率〕-90〔保険給付率〕)/100=1,086
(小数点以下切り捨て)

⑪利用者負担→23,887-⑩21,498-⑫1,086=1,303

(③-1と同様に公費負担が発生する日より前は、利用者負担が発生します。利用者負担額は、総費用額より保険分と公費分を差し引いた残り分となります。)

請求額集計欄	①サービス種類コード/②名称	66	介護予防通所リハ																	
	③サービス実日数	30	日																	
	④計画単位数			2055																
	⑤限度額管理対象単位数			2055																
	⑥限度額管理対象外単位数			97																
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥			2152																
	⑧公費分単位数			979																
	⑨単位数単価	1110	円/単位																	
	⑩保険請求額	21498	円/単位																	
	⑪利用者負担額	1303	円/単位																	
	⑫公費請求額	1086	円/単位																	
	⑬公費分本人負担		円/単位																	

(処遇改善加算の公費対象単位数計算の方法)

予防通所リハ11→56単位×10回=560

運動器機能向上加算等→225+150=375単位

処遇改善加算→(560+375)×47/1,000=44
(小数点以下四捨五入)

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

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・在宅介護（短期利用以外）・小規模多機能型居宅介護（短期利用）
（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

1枚目

事例④ 月途中で福祉事務所が変更となった場合

公費負担者番号	1	2	1	3	×	×	×	×
公費受給者番号	×	×	×	×	×	×	×	

平成	3	0	年	0	4	月	分
保険者番号	1	3	〇	〇	〇	〇	

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.	年	月				
	要介護状態区分	要介護								
認定有効期間	平成	年	平成	年						

介護保険証
 保険者・被保険者番号に変更なし

公費番号負担証
 ㊦1213××××（A福祉事務所）・・・4月10日まで適用終了
 ㊦1213△△△△（B福祉事務所）・・・4月11日から適用開始

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		

福祉事務所毎に負担する為、回数・単位数が異なります。

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 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
通所介護Ⅱ21	152341	558	5	2790	2	1116	
通所介護入浴介助加算	155301	50	5	250	2	100	
通所介護処遇改善加算Ⅰ	156108	179	1	179	1	72	

（集計欄の計算方法） 2枚中1枚目

総費用額→⑦3,219×⑨10.90=35,087

⑩保険請求額→35,087×90〔保険給付率〕/100=31,578

公費総費用額→⑧1,288×⑨10.90=14,039

⑫公費請求額→14,039×(100〔公費給付率〕-90〔保険給付率〕)/100=1,403・・・A福祉事務所にて負担

①サービス種類コード/②名称	15	通所介護							
③サービス実日数	5	日							
④計画単位数		3040							
⑤限度額管理対象単位数		3040							
⑥限度額管理対象外単位数		179							
⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥		3219							
⑧公費分単位数		1288							
⑨単位数単価	1090	円/単位							
⑩保険請求額	31578								31578
⑪利用者負担額									
⑫公費請求額	1403								1403
⑬公費分本人負担									

（処遇改善加算の公費対象単位数計算の方法）

通所介護Ⅱ21→558単位×2回=1116
 通所介護入浴介助加算→50単位×2回=100
 処遇改善加算→(1116+100)×59/1,000=72
 （小数点以下四捨五入）

2枚中1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・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）

2枚目

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	1	2	1	3	△	△	△	△
公費受給者番号	△	△	△	△	△	△	△	

平成	3	0	年	0	4	月分
保険者番号	1	3	〇	〇	〇	〇

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									
	要介護状態区分	要支援・1・2・3・4・5														
認定有効期間	平成		年		月		日	から	平成		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										

福祉事務所毎に負担する為、回数・単位数が異なります。

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 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
通所介護Ⅱ21	152341	558	5	2790	3	1674	
通所介護入浴介助加算	155301	50	5	250	3	150	
通所介護処遇改善加算Ⅰ	156107	179	1	179	1	108	

(集計欄の計算方法) 2枚中2枚目
 ⑫公費請求額→総費用額 35,087 - ①枚目保険請求額⑩31,578 - ①枚目公費請求額⑫1,403 = 2,106... B福祉事務所にて負担

①サービス種類コード/②名称	15	通所介護														
③サービス実日数	5	日														
④計画単位数		3040														
⑤限度額管理対象単位数		3040														
⑥限度額管理対象外単位数		179														
⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥		3219														
⑧公費分単位数		1932														
⑨単位数単価	1090	円/単位														合計
⑩保険請求額																
⑪利用者負担額																
⑫公費請求額		2106														2106
⑬公費分本人負担																

保険給付率は2枚目には記載しません

(処遇改善加算の公費対象単位数計算の方法)
 通所介護Ⅱ21→558単位×3回=1674
 通所介護入浴介助加算→50単位×3回=150
 処遇改善加算→(1674+150)×59/1,000=108
 (小数点以下四捨五入)

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

1 枚目

事例⑤ 原爆【81】+生活保護【12】の場合

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)・
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	8	1	1	3	6	0	1	9
公費受給者番号	×	×	×	×	×	×	×	×

平成	3	0	年	0	4	月分
保険者番号	1	3	〇	〇	〇	〇

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	
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5						
	認定有効期間	平成		年		月		日

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	3. 介護予防支援事業者作成
	事業所番号		事業所名称

開始年月日	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						

「原爆【81】」は、訪問入浴の算定対象外のため、記載しません。

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3生活1	116111	641	8	5128	8	5128	
訪問入浴	121111	1250	4	5000			

(集計欄の計算方法)

11. 訪問介護 《2枚目中1枚目》

総費用額→⑦5,128×⑨11.40=58,459

⑩保険請求額→58,459×90〔保険給付率〕/100=52,613

⑫公費請求額→公費総費用額⑧5,128×⑨11.40=58,459

→58,459-⑩52,613=5,846…原爆【81】にて負担

便宜上、処遇改善加算の記載については省略しています。

請求額集計欄	①サービス種類コード/②名称	11 訪問介護	12 訪問入浴				
	③サービス実日数	8 日	4 日				
	④計画単位数	5128	5000				
	⑤限度額管理対象単位数	5128	5000				
	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	5128	5000				保険 90
	⑧公費分単位数	5128					公費 100
	⑨単位数単価	1140 円/単位	1140 円/単位				合計
	⑩保険請求額	52613	51300				103913
	⑪利用者負担額						
	⑫公費請求額	5846					5846
	⑬公費分本人負担						

2 枚中 1 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
 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)

2枚目

公費負担者番号	1	2	1	3	×	×	×	×
公費受給者番号	×	×	×	×	×	×	×	×

平成	3	0	年	0	4	月	分
保険者番号	1	3	〇	〇	〇	〇	〇

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		
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5							
	認定有効期間	平成		年		月		日	から
	平成		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	3. 介護予防支援事業者作成				
開始年月日	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 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院						

訪問介護は「原爆【81】」にて公費負担となり、訪問入浴は対象外のため、「生保【12】」で訪問入浴を対象として算定します。

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	摘要
身体介護3生活1	116111	641	8	5128			
訪問入浴	121111	1250	4	5000	4	5000	

給付費明細欄	(集計欄の計算方法)		便宜上、処遇改善加算の記載については省略しています。
	12. 訪問入浴 《2枚目中2枚目》		
	総費用額→⑦5,000×⑨11.40=57,000		
	⑩保険請求額→57,000×90〔保険給付率〕/100=51,300(1枚目に記載)		
⑫公費請求額→公費総費用額 5,000×⑨11.40=57,000			
→57,000-⑩51,300=5,700...生保【12】にて負担			

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	1 2 訪問入浴				
	③サービス実日数	8 日	4 日				
	④計画単位数	5 1 2 8	5 0 0 0				
	⑤限度額管理対象単位数	5 1 2 8	5 0 0 0				
	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 2 8	5 0 0 0				
	⑧公費分単位数		5 0 0 0				
	⑨単位数単価	1 1 4 0 円/単位	1 1 4 0 円/単位				
	⑩保険請求額						
	⑪利用者負担額						
	⑫公費請求額		5 7 0 0				
	⑬公費分本人負担						

保険給付率は2枚目には記載しません

2枚目中2枚目