

資料⑥

「居宅療養管理指導」のみの居宅サービス介護給付明細書記載例（その1）
（介護予防居宅療養管理指導も同じ）

公費の請求（公費負担医療・介護扶助に関する請求）を行う場合に、公費負担者番号・公費受給者番号を記載する
公費がない場合は記載しない
京都府の「重管」「41」「43」「44」は公費とならない

被保険者証等に記載された番号を記載する
（被保険者以外の介護扶助対象者の場合は生活保護法介護券の被保険者番号欄に記載された番号を記載する）

被保険者証等に記載された氏名を記載する

被保険者証等に記載された生年月日を記載する（元号は該当番号を○で囲む）

被保険者証等に記載された性別の番号を○で囲む

被保険者証に記載された要介護状態区分を○で囲む
（月の途中で要介護状態区分の変更があった場合は、月末時点における要介護状態区分を記載する）
要支援1、要支援2の方の場合は「様式第二の二」を使用する

被保険者証等に記載された認定有効期間を記載する
（月の途中で要介護状態区分の変更があった場合は、月末時点における認定有効期間を記載する）

当該被保険者に対し、当該月からサービス提供を開始した場合に開始日付を記載する
（当該月開始の場合は1日目の訪問診療または往診の日を記載、継続の場合は翌月以降は記載不要）

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・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）

公費負担者番号		平成		年		月		分	
公費受給者番号		保険者番号							
被保険者番号 (7桁)		事業所番号							
氏名		事業所名称							
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 年 月 日 から 平成 年 月 日まで	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	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	公費回数	公費対象単位数	摘要		
給付費明細欄									
請求額集計欄	①サービス種類コード /②名称	③サービス実日数	日	日	日	日	給付率 (100)		
	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							保険	
	⑧公費分単位数							公費	
	⑨単位数単価	円/単位	円/単位	円/単位	円/単位	円/単位	合計		
	⑩保険請求額								
	⑪利用者負担額								
	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			
	11	訪問介護							
	15	通所介護							
	71	夜間対応型訪問介護							
	72	認知症対応型通所介護							
	73	小規模多機能型居宅介護							
			枚中	枚目					

請求対象のサービス提供年月を和暦でそれぞれ「年」「月」を右詰で記入する

被保険者証等に記載された保険者番号を記載する（被保険者以外の介護扶助の対象者については生活保護法介護券に記載された保険者番号を記載する）
なお、保険者が同一で保険者番号が異なる場合があることに留意する必要がある（政令指定都市においては区により番号が異なる）

事業所番号を記載する
（医療機関コードの前に「261」をつける）

医療機関名を記載する

医療機関の所在地を記載する

医療機関の連絡先電話番号を記載する

居宅サービス計画欄は記載不要

当該月中にサービスの提供を中止した場合に、最後にサービスを提供した日付を記載する

当該月中にサービスの提供を中止した場合に、中止の理由について、当該番号を○で囲む

一被保険者の明細書が2枚以上にわたる場合に、全体の枚数と何枚目かを記載する

備考 この用紙は、A列4番とすること。