

様式第二の三（附則第〇条関係）

記載例9（案）

保険者独自サービスの請求
（住所地特例対象者の場合）

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		平成	2	7	年	0	4	月	分
公費受給者番号		保険者番号	9	0	2	0	1	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 タロウ									
	氏名	介護 太郎									
	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			年			月			日	まで

請求者	事業所番号	9	0	A	0	0	1	0	0	0	1
	事業所名称	〇〇事業所									
		〒	9	9	9	-	9	9	9	9	
	連絡先	電話番号 099-111-1111									

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

事業費明細欄	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
	<ul style="list-style-type: none"> サービス内容及びサービスコードは、市町村が指定するため、「〇」にて表記している 被保険者が住所地特例対象者であり、住所地にて総合事業サービスを受けた場合、事業費明細欄ではなく、事業費明細欄（住所地特例対象者）に記載する A2〇〇〇〇は、施設所在保険者から認められたサービス 							

事業費明細欄 (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			
	〇〇サービス	A2	〇〇〇〇	5	5	0	5	2	7	5	0	903030

請求額集計欄	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	5	日						
	④計画単位数			2	7	5	0		
	⑤限度額管理対象単位数			2	7	5	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			2	7	5	0		
	⑧公費分単位数						0		
	⑨単位数単価		1	0	3	5	円/単位		
	⑩事業費請求額			2	5	6	1	5	
	⑪利用者負担額			2	8	4	7		
	⑫公費請求額						0		
	⑬公費分本人負担						0		

1. 事業費請求額を求めると
 ⑩事業費請求額 =
 《⑦給付単位数 × ⑨単位数単価》 × 給付率
 2,750 単位 × 10.35 円 = 28,462.5
 ≒ 28,462 円
 28,462 円 × 90% = 25,615.8
 ≒ 25,615 円

2. 利用者負担額を求めると
 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
 2,750 単位 × 10.35 円 = 28,462.5
 ≒ 28,462 円
 28,462 円 - 25,615 円 = 2,847 円

給付率 (/100)	
事業	90
公費	
合計	
	2 5 6 1 5
	2 8 4 7
	0
	0

※ 《》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

様式第二 (附則第二条関係)

記載例10 (案)

住所地特例対象者が、住所地で地域密着型サービスを受けた場合の請求

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
定期巡回・随時対応型訪問介護看護・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・複合型サービス)

公費負担者番号		平成	2	7	年	0	4	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	0	2	0	2	
(フリガナ)	カゴ ジロウ										
氏名	介護 次郎										
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	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	9	0	0	0	0	2	0	
事業所名称	〇〇事業所									
〒	9	9	9	-	9	9	9			
請求者	介護次郎さんは、保険者(902020)と異なる市町村(903030)に所在する施設に入所したため、住所地特例対象者となった									
連絡先	電話番号 099-555-555									

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	2	7	年	0	4	月	0	1	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
<p>・法定単位 33 単位のサービス (71-1112) を 30 単位としている住所地の地域密着型サービスを受けた場合</p> <p>・住所地の保険者が認めている市町村独自加算 (71-7202) を受けた場合</p>							
<p>保険者市町村の証記載保険者番号ではなく、住所地特例対象者が入所 (入居) する施設の所在する市町村の証記載保険者番号を設定する</p>							

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
夜間訪問介護Ⅰ基本・日割	7 1 1 1 1 2	3 0	1 0	3 0 0			9 0 3 0 3 0	
基夜間訪問Ⅰ市町村独自加算Ⅰ日割	7 1 7 2 0 2	2	1 0	2 0			9 0 3 0 3 0	
夜間訪問介護施設改善加算Ⅰ	7 1 6 1 0 3			1 3			9 0 3 0 3 0	

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

給付費明細欄 (住所地特例対象者) には、地域密着型サービスのみ記載する記載できるサービスは以下のとおりとする

<様式第二>

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)
76 (定期巡回・随時対応型訪問介護看護)
77 (複合型サービス)

<様式第二の二>

74 (介護予防認知症対応型通所介護)
75 (介護予防小規模多機能型居宅介護)

給付率 (/100)	
保険	9 0
公費	
／単位	合計
	2 9 9 7
	3 3 3
	0
	0

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率	%	受給者負担
備考			
※上述のサービス以外については、通常の給付費明細欄に記載する			