

介護給付費請求書（様式第一）

留意事項

- ① 様式二及び様式第二の二、様式第三から様式第七の二まで、並びに様式第八から第十までに添付します。
- ② 介護給付費請求書は、サービス提供年月ごとに作成します。
- ③ 保険請求欄には、保険請求の介護給付費明細書（生活保護単独請求の場合を除く。）居宅サービス・施設サービス・介護予防サービス・地域密着型サービス等及び居宅介護支援・介護予防支援の2つの区分ごとに集計を記入します。
※ 生活保護単独請求とは被保険者番号の頭に H のつく第2号被保険者
- ④ 公費請求欄には、保険請求の介護給付費明細書のうち、公費の請求に関わるものについては公費の法別に記入します。（生活保護の単独請求の場合は、居宅サービス・施設サービス・介護予防サービス・地域密着型サービス等及び居宅介護支援・介護予防支援の2つの区分ごとに集計を記入します。）

介護予防・日常生活支援総合事業費請求書（様式第一の二）

留意事項

- ① 様式二の三及び様式第七の三（サービス種類コード A から始まるもの）に添付します。
- ② 介護予防・日常生活支援総合事業費請求書は、サービス提供年月ごとに作成します。
- ③ 事業費請求欄には、介護予防・日常生活支援総合事業費明細書（生活保護単独請求の場合を除く。）について訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費及び介護予防マネジメント費の2つの区分ごとに集計を記入します。
- ④ 公費請求欄には、事業費請求の介護予防・日常生活支援総合事業費明細書のうち、公費の請求に関わるものについては公費の法別に記入します。（生活保護の単独請求の場合は、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及び介護予防マネジメント費の2つの区分ごとに集計を記入します。）

様式第一（附則第二条関係）

令和 1 年 1 月 2 月分

介護給付費請求書

保険者

(別記) 殿

下記のとおり請求します。

令和

事業所番号	2	7	x	x	x	x	x	x	x	x	x
〇〇介護保険事業所											
請求事業所											
所在地	x x 市 x x 町 1 丁目 1 番 1 号										
連絡先	06-x x x x-x x x x										

サービス提供年月ごとに請求書を作成する。
保険者ごとに作成する必要はありません。

介護保険受給者のみを計上
みなし第2号（被保険者番号Hで始まる受給者）は
含めない。

区分	サービス費用						特定入所者介護サービス費等				
	件数	単位数・点数	費用合計	保険請求額	公費請求額	利用者負担	件数	費用合計	利用者負担	公費請求額	保険請求額
居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等											
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合計											

保険請求

サービス計画費の請求(様式第7・様式7-2)
のみこの欄に記入する。

公費請求

区分	サービス費用				特定入所者介護サービス費等		
	件数	単位数・点数	費用合計	公費請求額	件数	費用合計	公費請求額
12 生保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等							
10 感染症 37条の2							
21 障自・通院医療							
15 障自・更生医療							
19 原爆・一般							
54 難病法							
51 特定疾患等 治療研究							
81 被爆者助成							
86 被爆体験者							
87 有機ヒ素・緊急措置							
88 水俣病総合対策 メチル水銀							
66 石綿・救済措置							
58 障害者・支援措置(全 額免除)							
25 中国残留邦人等							
合計							

*生活保護単独の場合
(被保険者番号の最初にHが付くみなし2号被保険者)
生活保護が全額負担するので「公費請求」欄のみ記入する。(保険請求がないため)
*介護保険と公費の併用の被保険者
*生活保護単独以外の場合
公費と保険の両方で費用が発生するため「公費請求」「保険請求」両方の欄に記入。

様式第一の二 (附則第二条関係)

令和		1	年	1	2	月分
----	--	---	---	---	---	----

介護予防・日常生活支援総合事業費
請求書

保 険 者

(別 記) 殿

下記のとおり請求します。

サービス提供年月ごとに請求書を作成する。
保険者ごとに作成する必要はありません。

事業所番号	2	7	x	x	x	x	x	x	x	x
名 称	〇〇介護保険事業所									
所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9									
	x x 市 x x 町 1 - 1 - 1									
連絡先	06-x x x-x x x x									

事業費請求

区分	件数	サービス費用				者負担
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						
介護予防ケアマネジメント費						
合 計						

介護保険受給者のみを計上
みなし第2号(被保険者番号Hで始まる受給者)は含まない。

公費請求

区分	件数	単位数	費用合計	公費請求額
12 生保 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				
生保 介護予防ケアマネジメント費				
81 被爆者助成				
58 障害者・支援措置(全額免除)				
25 中国残留邦人等				
合 計				

介護予防ケアマネジメント費の請求(様式第7-3)
のみこの欄に記入する。

*生活保護単独の場合
(被保険者番号の最初にHが付くみなし2号被保険者)
生活保護が全額負担するので「公費請求」欄のみ記入する。

*事業費と公費の併用の被保険者
*生活保護単独以外の場合
公費と保険の両方で費用が発生するため「公費請求」「事業費請求」両方の欄に記入。