

様式第二 (附則第二条関係)

居宅療養管理指導のみの請求事例

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(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 | | 令和 | 1 | 年 | 1 | 2 | 月分 | | | | | | | | | | | |
| 公費受給者番号 | | 保険者番号 | 2 | 7 | x | x | x | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 (7桁) | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | x | x | x | 事業所番号 | 2 | 7 | 1 | x | x | x | x | x | x |
| | 氏名 | 国保 太郎 | | | | | | 事業所名称 | XXXクリニック | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 1.明治 | 2.大正 | ③.昭和 | 性別 | ①.男 | 2.女 | 所在地 | 〒540-00xx xx市XX町1番1号 | | | | | | | | | |
| | 要介護状態区分 | 要介護 1・2・③・4・5 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 認定有効期間 | ①.平成 ②.令和 | 3 | 0 | 年 | 7 | 月 | 1 | 日 | から | 連絡先 | 電話番号 06-xxxx-xxxx | | | | | | |
| | 令和 | 2 | 年 | 6 | 月 | 3 | 0 | 日 | まで | | | | | | | | | |

年号・性別・要介護度の○洩れが多いため注意

居宅療養管理指導のみの請求では、居宅サービス計画欄は必要なし

居宅訪問日の記入必要
複数の日数がある場合は、「」で区切る。

| | | | | | | | | | |
|----------|---|-------------|---|---|-------|----|---|---|---|
| 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 | 1.平成 2.令和 | 年 | 月 | 日 | 中止年月日 | 令和 | 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 |
|----------------|-------------|-------|----|---------|-------|---------|------|
| 医師居宅療養管理指導II 2 | 3 1 x x x x | 2 8 4 | 2 | 5 6 8 | | | 5,19 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| 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 |
|--------|---------|-----|----|---------|-------|---------|---------------|----|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

居宅療養管理指導の場合④⑤⑥の欄は記載の必要なし

(例) 介護保険給付率 90%の場合

| | | | | | | | | | |
|------------------------|---------|----------|---|---|---|---|--|--|------------|
| ①サービス種類コード / ②名称 | 3 1 | 居宅療養管理指導 | | | | | | | |
| ③サービス実日数 | 2 | 日 | 日 | 日 | 日 | | | | |
| 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 | | | | | | | | | 給付率 (/100) |
| ⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥ | | | 5 | 6 | 8 | | | | 保険 90 |
| ⑧公費分単位数 | | | | | | | | | 公費 |
| ⑨単位数単価 | 1 0 0 0 | 円/単位 | | | | | | | 合計 |
| ⑩保険請求額 | | | 5 | 1 | 1 | 2 | | | 5 1 1 2 |
| ⑪利用者負担額 | | | 5 | 6 | 8 | | | | 5 6 8 |
| ⑫公費請求額 | | | | | | | | | |
| ⑬公費分本人負担 | | | | | | | | | |

⑦×⑨=A(費用額)
A(費用額)×90%=⑩

A(費用額) - ⑩ = ⑪

| | | | | | | |
|---------------|-----|---|-------------------|---------|---------------|----|
| 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)

居宅療養管理指導で介護保険と生活保護併用の請求事例

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(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 | 1 | 2 | 2 | 7 | x | x | x | x | 令和 | 1 | 年 | 1 | 2 | 月分 | | | | |
| 公費受給者番号 | x | x | x | x | x | x | x | x | 保険者番号 | 2 | 7 | x | x | x | x | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | | | |
| | (7カガ) 氏名 | コクホ イチロウ 国保 一郎 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | ①.平成 ②.令和 | 3 | 0 | 年 | 7 | 月 | 1 | 日 | から | 令和 | 2 | 年 | 6 | 月 | 3 | 0 | 日 |
| 請求事業者 | 事業所番号 | 2 | 7 | 1 | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | | | |
| | 事業所名称 | XXXクリニック | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 9 9 9 - 9 9 9 9 x x 市 XX 町 1 番 1 号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 06-x x x x - x x x x | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|----------|---|-------------|---|---|-------|----|---|---|---|
| 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 | 1.平成 2.令和 | 年 | 月 | 日 | 中止年月日 | 令和 | 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 | | | | | | |
|--------|---------|---|---|---|---|---|-----|----|---------|-------|---------|----|---|---|---|---|---|------|
| | 3 | 1 | x | x | x | x | 2 | 8 | 4 | 2 | 5 | 6 | 8 | 2 | 5 | 6 | 8 | 5,19 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

公費請求には、公費に係る網掛けの欄は記入必要

- ・公費負担者番号
- ・公費受給者番号
- ・公費回数
- ・公費対象単位数
- ・⑧公費分単位数
- ・⑫公費請求額 (⑬公費分本人負担となる場合あり)
- ・公費給付率

| 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 |
|--------|---------|--|--|--|--|--|-----|----|---------|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------------------------|---|---|----------|---|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 求 額 集 計 欄 | ①サービス種類コード / ②名称 | 3 | 1 | 居宅療養管理指導 | | | | | | | | | | | | | | |
| | ③サービス実日数 | 2 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑧公費分単位数 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑨単位数単価 | 1 | 0 | 0 | 0 | 円/単位 | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

様式第二 (附則第二条関係)

居宅療養管理指導で生活保護のみの請求事例

(被保険者番号の最初に H が付くみなし第 2 号被保険者)

(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・通所ケア・福祉用具貸与・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 (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 | 1 | 2 | 2 | 7 | x | x | x | x | 令和 | 1 | 年 | 1 | 2 | 月分 | | | | | | | | | | |
| 公費受給者番号 | 1 | 1 | 8 | x | x | x | x | 保険者番号 | 2 | 7 | x | x | x | x | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | H | 0 | 0 | 0 | x | x | x | x | x | x | 請求事業者 | 事業所番号 | 2 | 7 | 1 | x | x | 0 | x | x | x | x | |
| | (7ガガ) | コクホ ジロウ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 国保 二郎 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | ①.平成 ②.令和 | 3 | 0 | 年 | 7 | 月 | 1 | 日 | から | 令和 | 2 | 年 | 6 | 月 | 3 | 0 | 日 | まで | 所在地 | 〒 9 9 9 - 9 9 9 9 x x 市 XX 町 1 番 1 号 | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 06-x x x x - x x x x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|---|--|--|---|--|--|---|--|--|---|-------|----|--|--|-------|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 | 1.平成 2.令和 | | | 年 | | | 月 | | | 日 | 中止年月日 | 令和 | | | 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 | | | | | | |
|-----------------|---------|---|---|---|---|---|---|-----|----|---------|-------|---------|----|---|---|---|---|---|------|
| | 3 | 1 | x | x | x | x | x | | | | | | | | | | | | |
| 医師居宅療養管理指導 II 2 | 3 | 1 | x | x | x | x | x | 2 | 8 | 4 | 2 | 5 | 6 | 8 | 2 | 5 | 6 | 8 | 5,19 |

公費請求には、公費に係る網掛けの欄は記入必要

- ・ 公費負担者番号
- ・ 公費受給者番号
- ・ 公費分回数
- ・ 公費対象単位数
- ・ ⑧公費分単位数
- ・ ⑫公費請求額 (⑬公費分本人負担となる場合あり)
- ・ 公費給付率

| サービス内容 | サービスコード | | | | | | | 単位数 | 施設所在 保険者番号 | 摘要 |
|--------|---------|---|---|---|---|---|---|-----|---------------|----|
| | 3 | 1 | x | x | x | x | x | | | |
| | | | | | | | | | | |

介護保険の対象者でないので
保険給付率空白

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|------------------------|---|---|--------------|---|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 請求額集計欄 | ①サービス種類コード / ②名称 | 3 | 1 | 居宅療養管理 指導 | | | | | | | | | | | | |
| | ③サービス実日数 | 2 | 日 | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑧公費分単位数 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ⑨単位数単価 | 1 | 0 | 0 | 0 | 円/単位 | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | |

給付率 (100)

保険 1 0 0

公費 5 6 8 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 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |