

＜注意＞

記載例における各サービスコードのサービス項目コード、単位数及び単位数単価はあくまで例であり、実際のサービス項目コード、単位数及び単位数単価と異なる場合があることに留意すること。

No.	項目	記載例	種別 (※)	説明
1	令和 3 年 9 月 30 日 までの上乗せ分 (注 1)	例 1	請	令和 3 年 9 月 30 日までの上乗せ分を請求するパターン。 (端数処理において、小数点以下四捨五入を行うと 1 単位以上となる場合)
2		例 2	請	令和 3 年 9 月 30 日までの上乗せ分を請求するパターン。 (端数処理において、小数点以下四捨五入を行うと 1 単位未満となる場合)
3		例 3	請	令和 3 年 9 月 30 日までの上乗せ分を請求するパターン。 (基本報酬を含むサービスコードが複数の場合)
4		例 4	請	令和 3 年 9 月 30 日までの上乗せ分を請求するパターン。 (計画単位数を超過する場合)
5		例 5	請	令和 3 年 9 月 30 日までの上乗せ分を請求するパターン。 (特定施設入居者生活介護費の外部サービス利用型以外の場合)
6		例 6	請	令和 3 年 9 月 30 日までの上乗せ分を請求するパターン。 (特定施設入居者生活介護費の外部サービス利用型の場合)
7		例 7	請	令和 3 年 9 月 30 日までの上乗せ分を請求するパターン。 (介護予防特定施設入居者生活介護費の外部サービス利用型の場合)
8	看取り期における サービス利用実績 がない場合の居宅 介護支援費	例 8	給	サービス利用の実績がない場合に居宅介護支援費を請求するパターン。 (計画したサービス種類が 1 種類の場合)
			請	
9		例 9	給	サービス利用の実績がない場合に居宅介護支援費を請求するパターン。 (計画したサービス種類が複数の場合)
			請	

※種別については以下のとおりとする
給 …給付管理票 請 …請求明細書

注 1 令和 3 年 9 月 30 日までは必ず当該上乗せ分の請求を行う必要がある。当該上乗せ分の請求を行わない場合、国保連合会の審査において返戻となる。

様式第二（附則第二条関係）

記載例 1

令和3年9月30日までの上乗せ分を請求するパターン。

（端数処理において、小数点以下四捨五入を行うと1単位以上となる場合）

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・地域密着型通所介護・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）・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・短期利用以外）

公費負担者番号												令和		0		3		年		0		4		月分	
公費受給者番号												保険者番号		9		0		1		0		0		1	
被保険者	被保険者番号	0000001111										請求事業者	事業所番号	90700000010											
	(フリガナ)	カゴ イロ											事業所名称	〇〇事業所											
	氏名	介護 一郎											所在地	〒999-9999 〇〇県〇〇市△△町1-1-1											
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 性別 1.男 2.女 30年03月03日											連絡先	電話番号 099-111-1111											
	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 03年04月01日から 令和 04年03月31日まで																							
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 9070000110										事業所名称 〇〇居宅介護支援事業所													
開始年月日	1.平成 2.令和	年 月 日										中止年月日	令和	令和3年9月30日までの上乗せ分は、本体報酬を含むサービスコード（11-6839：身体01・2人・I）のサービス単位数に対して、+0.1%（小数点以下四捨五入）に相当する単位数を算出し、「単位数」、「サービス単位数」に記載する。また、「回数」は必ず1回と記載すること。4,010×0.001=4.01 ⇒4単位（小数点以下四捨五入）※令和3年9月30日までは必ず当該上乗せ分の請求を行う必要がある。											
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 9.介護医療院入所																								
給付費明細欄	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											
	身体01・2人・I	116839										401	10	4010											
	訪問介護令和3年9月30日までの上乗せ分	118300										4	1	4											
	訪問介護共生型サービス居宅介護1	116361											1	-1204											
	訪問介護処遇改善加算II	116274										281	1	281											
給付費明細欄（住所等特例対象者）	訪問介護共生型サービス居宅介護1は、本体報酬を含むサービスコードと、令和3年9月30日までの上乗せ分を含めて算出する。 (4,010+4) × (-0.3) = -1,204.2 ⇒ -1,204単位（小数点以下四捨五入）																								
	訪問介護処遇改善加算IIは、本体報酬を含むサービスコードと、令和3年9月30日までの上乗せ分と、訪問介護共生型サービス居宅介護1を含めて算出する。 (4,010+4-1,204) × 0.1 = 281単位																								
請求額集計欄	①サービス種類コード／②名称	11																							
	③サービス実日数	10日																							
	④計画単位数	2810																							
	⑤限度額管理対象単位数	2810																							
	⑥限度額管理対象外単位数	281																							
	⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）+⑥	3091																							
	⑧公費分単位数	0																							
	⑨単位数単価	1000円／単位																							
	⑩保険請求額	27819																							
	⑪利用者負担額	3091																							
	⑫公費請求額	0																							
	⑬公費分本人負担	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									

様式第二（附則第二条関係）

記載例 2

令和3年9月30日までの上乗せ分を請求するパターン。
(端数処理において、小数点以下四捨五入を行うと1単位未満となる場合)

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・地域密着型通所介護・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)・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以外))

公費負担者番号

公費受給者番号

令和03年04月分

保険者番号901001

被保険者

請求事業者

被保険者番号0000001111

事業所番号90700000010

(フリガナ)カゴ イロ

事業所名称〇〇事業所

氏名介護 一郎

所在地〒999-9999 〇〇県〇〇市△△町1-1-1

生年月日1.明治2.大正3.昭和4.令和性1.男2.女

連絡先電話番号099-111-1111

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03年04月01日から04年03月31日まで

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90700000110

事業所名称〇〇事業所

開始年月日1.平成2.令和00年00月00日中止年月日令和00年00月00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.介護医療院入所9.介護医療院入所

給付費明細欄

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

身体01・2人・I1168394011401

訪問介護令和3年9月30日までの上乗せ分11830011

訪問介護共生型サービス居宅介護I116361-121

訪問介護処遇改善加算II11627428128

給付費明細欄(住所等特例対象者)

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保険者番号摘要

請求額集計欄

①サービス種類コード／②名称11

③サービス実日数1日

④計画単位数281

⑤限度額管理対象単位数281

⑥限度額管理対象外単位数28

⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)＋⑥309

⑧公費分単位数0

⑨単位数単価1000円／単位2781円／単位309円／単位

⑩保険請求額2781

⑪利用者負担額309

⑫公費請求額0

⑬公費分本人負担0

社会福祉法人等による軽減欄

軽減率0%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・定期夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・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

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・短期利用以外）

記載例 3

令和3年9月30日までの上乗せ分を請求するパターン。

(基本報酬を含むサービスコード
が複数の場合)

公費負担者番号											
公費受給者番号											

令和	0	3	年	0	4	月分
----	---	---	---	---	---	----

保険者番号	9	0	1	0	0	1
-------	---	---	---	---	---	---

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 イロウ										
	氏名	介護 一郎										
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和								性別	1. 男 2. 女	
		3	0	年	0	3	月	0	3			
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 令和 0 3 年 0 4 月 0 1 日 から 令和 0 4 年 0 3 月 3 1 日 まで											

請 求 事 業 者	事業所番号	9	0	7	0	0	0	0	0	1	0	
	事業所名称	〇〇事業所										
	所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9										
		〇〇県□□市△△町 1-1-1										
連絡先	電話番号 099-111-1111											

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	1	1	0	事業所 名称	〇〇居宅介護支援事業所									

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 9.介護医療院入所														

[illegible][illegible]

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）

記載例 4

令和3年9月30日までの上乗せ分
を請求するパターン。
(計画単位数を超過する場合)

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・地域密着型通所介護・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)) (計画単位数を超過する場合)

[illegible]

様式第六の三（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
(特定施設入居者生活介護（短期利用以外）・地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用以外）)

記載例 5
令和 3 年 9 月 30 日までの上乗せ分を請求するパターン。
(特定施設入居者生活介護費の外部サービス利用型以外の場合)

公費負担者番号												令和		0		3		年		0		4		月分			
公費受給者番号												保険者番号		9		0		1		0		0		1			
被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 1 1 1 1										請求事業者	事業所番号	9 0 7 0 0 0 0 0 1 0													
	(フリガナ)	カゴ イロ											事業所名称	〇〇事業所													
	氏名	介護 一郎												所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9 〇〇県〇〇市△△町 1-1-1												
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 性別 1. 男 2. 女 3 0 年 0 3 月 0 3 日											連絡先		電話番号 099-111-1111												
	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 0 3 年 0 4 月 0 1 日 から 令和 0 4 年 0 3 月 3 1 日 まで																										
入居年月日	1.平成 2.令和 0 3 年 0 4 月 0 1 日										退居年月日	令和 年 月 日										入居実日数	3 0		外泊日数		
入居前の状況		1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他 9.介護医療院																									
退居後の状況		1.居宅 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 9.介護医療院入所																									

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード						単位数			回数 日数	サービス単位数						公費分 回数等	公費対象単位数						摘要
特定施設生活介護 5	3	3	1	1	5	1	8	0	7	3	0	2	4	2	1	0								
特定施設令和 3 年 9 月 30 日までの上乗せ分	3	3	8	3	0	0	2	4	1					2	4									
特定施設身体拘束廃止未実施減算 5	3	3	6	3	0	8	-	8	1	3	0	-	2	4	3	0								
合計																								

本体報酬を含むサービスコード（33-1151：特定施設生活介護 5）のサービス単位数に対して、+0.1%（小数点以下四捨五入）に相当する単位数を算出し、「サービス単位数」に記載する。
 また、「単位数」、「サービス単位数」に記載する。
 また、「回数」は必ず 1 回と記載すること。
 $24,210 \times 0.001 = 24.21 \Rightarrow 24$ 単位（小数点以下四捨五入）
※令和 3 年 9 月 30 日までは必ず当該上乗せ分の請求を行う必要がある。

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	①外部利用型給付上限単位数		0
	②外部利用型上限管理対象単位数		0
	③外部利用型外給付単位数		0
	④給付単位数	2 1 8 0 4	
	⑤単位数単価	1 0 0 0 円/単位	
	⑥給付率	9 0 /100	/100
	⑦請求額（円）	1 9 6 2 3 6	
	⑧利用者負担額（円）	2 1 8 0 4	

様式第六の三（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
(特定施設入居者生活介護（短期利用以外）・地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利用以外）)

記載例 6
令和 3 年 9 月 30 日までの上乗せ分を請求するパターン。
(特定施設入居者生活介護費の外部サービス利用型の場合)

公費負担者番号												令和		0		3		年		0		4		月分				
公費受給者番号												保険者番号		9		0		1		0		0		1				
被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 1 1 1 1										請求事業者	事業所番号	9 0 7 0 0 0 0 0 1 0														
	(フリガナ)	カゴ イロ											事業所名称	〇〇事業所														
	氏名	介護 一郎											所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9 〇〇県〇〇市△△町 1-1-1														
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 性別 1. 男 2. 女 3 0 年 0 3 月 0 3 日											連絡先	電話番号 099-111-1111														
	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	0 3 年 0 4 月 0 1 日 から																										
	令和	0 4 年 0 3 月 3 1 日 まで																										
入居年月日	1.平成 2.令和	0 3 年 0 4 月 0 1 日										退居年月日	令和 年 月 日										入居実日数	1 5		外泊日数		
入居前の状況		1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他 9.介護医療院																										
退居後の状況		1.居宅 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 9.介護医療院入所																										

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード						単位数			回数 日数	サービス単位数					公費分 回数等	公費対象単位数					摘要			
外部特定施設生活介護	3	3	1	2	0	1			8	3	1	5			1	2	4	5							
外部身体介護 3	3	3	1	3	1	3			2	6	2	1	0			2	6	2	0						
外部訪問看護 I 3	3	3	1	5	1	3			7	3	9		5			3	6	9	5						
外部令和 3 年 9 月 30 日までの上乗せ分	3	3	8	3	0	1				8		1						8							
									</																

請求額集計欄	区分	保険分					公費分					
	①外部利用型給付上限単位数		2	4	5	5	3					
	②外部利用型上限管理対象単位数			7	5	6	8					
	③外部利用型外給付単位数						0					
	④給付単位数			7	5	6	8					
	⑤単位数単価	1	0	0	0	円／単位						
	⑥給付率		9	0	／100					／100		
	⑦請求額（円）		6	8	1	1	2					
	⑧利用者負担額（円）			7	5	6	8					

様式第六の四（附則第二条関係）

介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防特定施設入居者生活介護)

記載例 7
令和3年9月30日までの上乗せ分を請求するパターン。
(介護予防特定施設入居者生活介護費の外部サービス利用型の場合)

公費負担者番号										令和 0 3 年 0 4 月 分																						
公費受給者番号										保険者番号																						
被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 1 1 1 1										請求事業者	事業所番号	9 0 7 0 0 0 0 0 1 0																		
	(フリガナ)	カゴ イロウ											事業所名称	〇〇事業所																		
	氏名	介護 一郎												所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9 〇〇県〇〇市△△町 1-1-1																	
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和					性別	1. 男 2. 女					連絡先		電話番号 099-111-1111																	
	要支援状態区分	要支援1・要支援2																														
	認定有効期間	1.平成 2.令和 0 3 年 0 4 月 0 1 日 から 令和 0 4 年 0 3 月 3 1 日 まで																														
入居年月日	1.平成 2.令和 0 3 年 0 4 月 0 1 日										退居年月日	令和 年 月 日										入居実日数	1 5 外泊日数									
入居前の状況		1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他 9.介護医療院																														
退居後の状況		1.居宅 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 9.介護医療院入所																														

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード						単位数			回数 日数	サービス単位数			公費分 回数等	公費対象単位数			摘要	
予防外部特定施設生活	3	5	1	2	0	1		5	6	1	5			8	4	0			
予防外部訪問介護Ⅰ	3	5	1	3	1	1					1			1	0	5	7		
予防外部訪問看護Ⅰ 1	3	5	1	5	1	1		2	7	2		5			1	3	6	0	
予防外部通所介護 2	3	5	1	7	1	2					1			3	0	8	4		
予防外部令和 3 年 9 月 30 日までの上乗せ分	3	5	8	3	0	1			6		1						6		

本体報酬を含むサービスコード（35-1201：予防外部特定施設生活）と、外部サービス利用型の全サービス種類に関するサービスコード（35-1311：予防外部訪問介護Ⅰ、35-1511：予防外部訪問看護Ⅰ 1、35-1712：予防外部通所介護2）のサービス単位数の合計に対して、+0.1%（小数点以下四捨五入）に相当する単位数を算出し、「単位数」、「サービス単位数」に記載する。
また、「回数」は必ず1回と記載すること。
(840+1,057+1,360+3,084) × 0.001 = 6.341 ⇒ 6 単位（小数点以下四捨五入）
※令和3年9月30日までは必ず当該上乗せ分の請求を行う必要がある。

請求額集計欄	区分		※令和３年９月３０日までは必ず当該上乘せ分の請求								
	①外部利用型給付上限単位数		1	0	5	3	1				
	②外部利用型上限管理対象単位数			6	3	4	7				
	③外部利用型外給付単位数						0				
	④給付単位数			6	3	4	7				
	⑤単位数単価	1	0	0	0	円／単位					
	⑥給付率		9	0	／100						／100
	⑦請求額（円）		5	7	1	2	3				
	⑧利用者負担額（円）			6	3	4	7				

様式第十一（附則第二条関係）

記載例 8

サービス利用の実績がない場合に居宅介護支援費を請求するパターン。
(計画したサービス種類が1種類の場合)

給付管理票（令和 3 年 4 月分）

保険者番号							保険者名			
	9	0	1	0	0	1	□□市			
被保険者番号							被保険者氏名			
0	0	0	0	0	0	1	1	1	フリガナ	カゴ ^ゝ 伊 ^{ロウ}
							介護 一郎			
生年月日						性別		要支援・要介護状態区分等		
明・大 (昭)						(男)・女		事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4 (5)		
居宅サービス・介護予防サービス・ 総合事業 支給限度基準額						限度額適用期間				
36,217 単位／月						1.平成 (2.令和) 3年 3月		～	令和 4年 3月	

[illegible][illegible]

居宅介護支援介護給付費明細書

令和										0	3	年	0	4	月分																
公費負担者番号										保険者番号										9	0	1	0	0	1						
居宅介護 支援事業者	事業所 番号	9	0	7	0	0	0	0	1	1	0	所在地	〒111-0001																		
	事業所 名称	〇〇居宅介護支援事業所											連絡先	〇〇県△△市□□1-1																	
														電話番号 099-111-1111																	
														単位数単価 1000 (円/単位)																	
項番	被保険者番号 0000001111										(フリガナ) カイゴ イロウ										性別	1. 男 2. 女									
被保険者	公費受給者番号										氏名 介護 一郎																				
	生年月日		1. 明治 2. 大正 3. 昭和								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 年 3 月 1 日 から			令和 4 年 3 月 31 日 まで									
	3 0 年 3 月 3 日										サービス計画 作成依頼 届出年月日		1. 平成 2. 令和		3 年 4 月 1 日																
	担当介護支援 専門員番号																														
給付費明細欄	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		摘要		サービス単位数合計														
	居宅介護支援 I i 2				4 3 2 2 1 1				1 3 9 8		1		1 3 9 8				1 7 9 9														
	居宅支援令和3年9月30日までの上乗せ分				4 3 8 3 0 0				1		1		1				請求額合計														
	居宅支援ターミナルケアマネジメント加算				4 3 6 1 0 0				4 0 0		1		4 0 0				1 7 9 9 0														
項番	被保険者番号										氏名										性別	1. 男 2. 女									
被保険者	公費受給者番号																														
	生年月日		1. 明治 2. 大正 3. 昭和								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		年 月 日 から			令和 年 月 日 まで									
	担当介護支援 専門員番号										サービス計画 作成依頼 届出年月日		1. 平成 2. 令和		年 月 日																
給付費明細欄	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		摘要		サービス単位数合計														
																	請求額合計														

様式第十一（附則第二条関係）

記載例 9

サービス利用の実績がない場合に居宅介護支援費を請求するパターン。
(計画したサービス種類が複数の場合)

給付管理票（令和 3 年 4 月分）

保険者番号							保険者名				
	9	0	1	0	0	1	□□市				
被保険者番号							被保険者氏名				
0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	フリガナ	カコ イロウ
							介護 一郎				
生年月日						性別	要支援・要介護状態区分等				
明・大(昭)						(男)・女	事業対象者 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5				
30年 3月 3日											
居宅サービス・介護予防サービス・ 総合事業 支給限度基準額						限度額適用期間					
36,217 単位/月						1.平成 2.令和	3年 3月	~	令和 4年 3月		

[illegible][illegible]

様式第七（附則第二条関係）

居宅介護支援介護給付費明細書

												令和		0	3	年	0	4	月分			
公費負担者番号												保険者番号		9	0	1	0	0	1			
居宅介護 支援事業者	事業所 番号	9	0	7	0	0	0	0	1	1	0	所在地	〒	1	1	1	－	1	1	1	1	
	事業所 名称	〇〇居宅介護支援事業所											〇〇県△△市□□1－1									
												連絡先	電話番号 099－111－1111									
												単位数単価	1	0	0	0	(円／単位)					

被保険者	被保険者番号 0 0 0 0 0 0 1 1 1 1			(フリガナ) 氏名 カネ イチロウ 介護 一郎	性別 1. 男 2. 女								
	公費受給者番号												
	生年月日 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 3 0 年 3 月 3 日			要介護状態区分 要介護 1・2・3・4・5 認定有効期間 令和 3 年 3 月 1 日から 令和 4 年 3 月 3 日まで									
	担当介護支援専門員番号			サービス計画作成依頼届出年月日 令和 3 年 4 月 1 日									
給付費明細欄	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		摘要		サービス単位数合計	
	居宅介護支援 I i 2		4 3 2 2 1 1		1 3 9 8		1	1 3 9 8				1 7 9 9	
	居宅支援令和3年9月30日までの上乗せ分		4 3 8 3 0 0		1		1	1				請求額合計	
	居宅支援ターミナルケアマネジメント加算		4 3 6 1 0 0		4 0 0		1	4 0 0				1 7 9 9 0	
項番	被保険者番号			(フリガナ) 氏名			性別						
	公費受給者番号												
	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・3・4・5 認定有効期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで						
	担当介護支援専門員番号			サービス計画作成依頼届出年月日 令和 年 月 日									
給付費明細欄	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		摘要		サービス単位数合計	

令和3年9月30日までの上乗せ分は、本体報酬を含むサービスコード（43-2211：居宅介護支援Ⅰｉ２）のサービス単位数に対して、+0.1%（小数点以下四捨五入）に相当する単位数を算出し、「単位数」、「サービス単位数」に記載する。

また、「回数」は必ず１回と記載すること。

1,398×0.001＝1.398 ⇒1単位（小数点以下四捨五入）

※令和３年９月３０日までは必ず当該上乗せ分の請求を行う必要がある。