

介護保険だより

静岡県国民健康保険団体連合会
 〒420-8558
 静岡市葵区春日2丁目4番34号
 TEL 054-253-5580
 平日対応時間帯 9:00~12:00 13:00~17:00
 [インターネット]
<https://www.shizukokuhoren.or.jp/>
 静岡県国保連合会 検索

地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所の皆さまへ 《原案作成委託料の支払い等について》

令和7年4月審査（令和7年5月振込）分より、原案作成委託料の支払い等について変更があります。

- ①介護給付費等支払決定額通知書の「振込金額内訳」欄に
「原案作成委託料（消費税を含む）」の金額が反映されるようになります。

介護給付費等支払決定額通知書

令和〇〇年〇〇審査分として下記金額を支払決定し
 右記銀行に送金しますので通知致します

振込金額内訳	
介護給付費支払額	000,000
主治医意見書作成料	0
消費税	0
認定調査委託料	0
消費税	0
介護予防・日常生活支援総合事業費支払額	0
原案作成委託料(消費税を含む)	0
電子証明書発行手数料(消費税を含む)	0
ケアプランデータ連携システムライセンス料 (消費税を含む)	0
介護給付費等合計	0,000,000

こちらに表示されている金額が
 実際に振り込まれる金額です。

- ①「原案作成委託料（消費税を含む）」
 の項目に金額が反映されます。



- ②振込時、介護給付費と原案作成委託料を**合算**して表示します。

現在、介護給付費と原案作成委託料の支払いがある場合、振込時には各々別項目として振り込みを行っています。

令和7年4月審査（令和7年5月振込）分より、合算して振り込みを行います。詳細については各通知にてご確認ください。

請求事務を担当される方は、御一読願います。

③原案作成委託料関連通知の表題と項目名が一部変更となります。

通知の格納場所の変更はありません。(内容も特に変更はありません)

《地域包括支援センター向け通知》

▶介護予防支援費の場合

原案作成委託料控除内容明細書

旧

令和〇年〇月〇日

事業所番号	〇〇〇〇〇〇
事業所名	〇〇〇〇〇〇

令和〇年〇月 審査

〇頁

〇〇県国民健康保険団体連合会

委託先居宅介護支援事業所番号	委託先居宅介護支援事業所名	保険者番号	保険者名	被保険者番号	被保険者名	サービス提供年月	委託料控除前支払額	委託料	委託料控除後支払額	委託料(他県)	備考



新

介護予防支援費原案作成委託料明細書

令和〇年〇月〇日

事業所番号	〇〇〇〇〇〇
事業所名	〇〇〇〇〇〇

令和〇年〇月 審査分

〇頁

〇〇県国民健康保険団体連合会

委託先居宅介護支援事業所番号	委託先居宅介護支援事業所名	証記載保険者番号	証記載保険者名	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	介護予防支援費	原案作成委託料	支払額	原案作成委託料(未支払分)	備考

▶介護予防ケアマネジメント費の場合

原案作成委託料控除内容明細書

旧

令和〇年〇月〇日

事業所番号	〇〇〇〇〇〇
事業所名	〇〇〇〇〇〇

(介護予防ケアマネジメント費)

令和〇年〇月 審査

〇頁

〇〇県国民健康保険団体連合会

委託先居宅介護支援事業所番号	委託先居宅介護支援事業所名	保険者番号	保険者名	被保険者番号	被保険者名	サービス提供年月	委託料控除前支払額	委託料	委託料控除後支払額	委託料(他県)	備考

新

介護予防ケアマネジメント費原案作成委託料明細書

令和〇年〇月〇日

事業所番号	〇〇〇〇〇〇
事業所名	〇〇〇〇〇〇

令和〇年〇月 審査分

〇頁

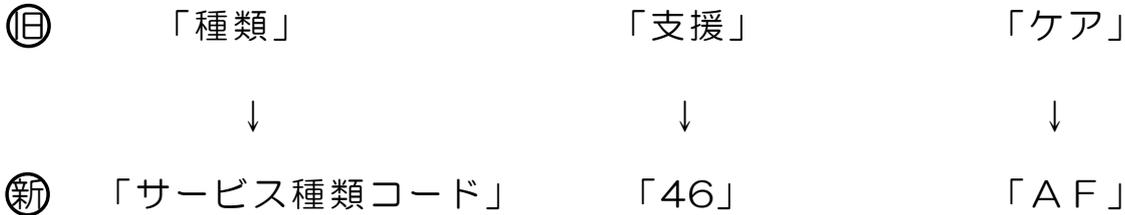
〇〇県国民健康保険団体連合会

委託先居宅介護支援事業所番号	委託先居宅介護支援事業所名	証記載保険者番号	証記載保険者名	被保険者番号	被保険者氏名	サービス提供年月	介護予防ケアマネジメント費	原案作成委託料	支払額	原案作成委託料(未支払分)	備考

請求事務を担当される方は、御一読願います。

《居宅介護支援事業所向け通知》

- サービス種類の表示方法が変更となります。



旧

原案作成委託料支払内容通知書兼明細書

令和〇年〇月審査

金額 〇〇〇〇〇〇

事業所番号	〇〇〇〇〇〇
事業所名	〇〇〇〇〇〇

〇〇〇〇〇〇

〇〇〇〇〇〇

令和〇年〇月〇日

〇頁

〇〇県国民健康保険団体連合会

地域包括支援センター番号	地域包括支援センター名	保険者番号	保険者名	被保険者番号	被保険者名	サービス提供年月	種類	委託料	備考
							支援		
							ケア		



新

原案作成委託料支払内容明細書

令和〇年〇月審査分

事業所番号	〇〇〇〇〇〇
事業所名	〇〇〇〇〇〇

令和〇年〇月〇日

〇頁

〇〇県国民健康保険団体連合会

事業所番号 (地域包括支援センター)	地域包括支援センター名	証記載 保険者番号	証記載 保険者名	被保険者番号	被保険者氏名	サービス 提供年月	サービス 種類コード	原案作成委託料 支払額	備考
							46		
							AF		

請求事務を担当される方は、御一読願います。