

＜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	例	種別 (※)	説明
1	介護予防支援の 指定拡大	例 1	給	介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業所が、要 支援者に介護予防サービスを計画した場合の給付管理票 及び介護給付費請求明細書
			サ	
			請	
2	死亡月における ターミナルケアマ ネジメント加算の 請求	例 2	給	利用者の居宅を最後に訪問した日の属する月と、利用者 の死亡月が異なる場合に、死亡月にターミナルケアマ ネジメント加算を算定する場合の給付管理票及び介護給付 費請求明細書
			サ	

※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 サ・・・請求明細書（居宅介護支援費、介護予防支援費）

様式第十一（附則第二条関係）

介護予防サービスのみを計画した場合、居宅サービス計画作成区分には「3」を設定する。

給付管理票（令和 6 年 4 月分）

記載例 1

介護予防支援の指定を受けた居宅介護支援事業所が、要支援者に介護予防サービスを計画した場合の給付管理票及び介護給付費請求明細書

保険者番号										除者名	
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 かわ 伊吹	
										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										サービスを計画した居宅介護支援事業所の事業所番号を記載する。	
5,032 単位/月										令和 6 年 4 月	
										令和 7 年 3 月	

[illegible]

サービスを計画した居宅介護支援事業所の事業所番号を記載する。

委託先の支援事業所番号及び介護支援
専門員番号は空欄とする。

居宅サービス・介護予防サービス・総合事業												委託先の支援事業所番号及び介護支援専門員番号は空欄とする。						
サービス事業者の 事業所名	事業所番号 (県番号－事業所番号)										指定／基準該当／ 地域密着型 サービス／ 総合事業識別	サービス 種類名	サービス 種類コード		給付計画単位数			
〇〇事業所	9	0	7	0	0	0	0	0	1	0	指定 基準該当・ 地域密着・ 総合事業	介護予防 訪問入浴介護	6	2	1	7	1	2
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
											指定・基準該当・ 地域密着・ 総合事業							
												合計			1	7	1	2

様式第七の二（附則第二条関係）

介護予防支援介護給付費明細書

令和		6	年		4	月分
----	--	---	---	--	---	----

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

介護予防 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)									

項番	被保険者番号 0 0 0 0 0 0 1 1 1 1										(フリガナ)		カノ 仔助										性別		1. 男 2. 女																					
	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		要支援 1・ 要支援 2		認定 有効期間		1. 平成		5		年		4		月		1		日		から															
			令和		7		年		3								月		3		日		まで																							
被保険者	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		6		年		4		月		1		日																					
	3		0		年		3		月		3		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									
	介護予防支援費Ⅱ										4 6 2 1 2 1										4 7 2		1		4 7 2												4 7 2									
	指定居宅介護支援事業者が行う場合、介護予防 支援費Ⅱを請求する。																																				請求額合計									
																																					4 7 2 0									
項番	被保険者番号										(フリガナ)												性別		1. 男 2. 女																					
	公費受給者番号										氏名																																			
	生年月日		1. 明治 2. 大正 3. 昭和								要介護 状態区分		要支援 1・ 要支援 2		認定 有効期間		1. 平成				年				月				日		から															
			令和				年										月				日		まで																							
被保険者	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				年				月				日																					
	2. 令和																																													
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									

様式第二の二（附則第二条関係）

介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書

（介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防居宅療養管理指導・介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護（短期利用以外）・介護予防小規模多機能型居宅介護（短期利用））

公費負担者番号										令和 6 年 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 伊吹											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 9-9-9												
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 性別 1.男 2.女											居宅サービス計画作成区分には「3」を設定する。													
	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 5 年 4 月 1 日から 令和 7 年 3 月 3 1 日まで																								
介護予防サービス計画	2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者作成										事業所番号	9 0 7 0 0 0 0 1 1 0														
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 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			公費分回数	公費対象単位数			摘要								
	予防訪問入浴	6 2 1 1 1 1					8 5 6			2	1 7 1 2															
	処遇改善加算Ⅰ	6 2 6 1 0 6								1	9 9															
給付費明細欄 (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					
請求額集計欄	①サービス種類コード／②名称		6 2		予防訪問入浴																					
	③サービス実日数		2		日					日			日			日										
	④計画単位数				1 7 1 2																					
	⑤限度額管理対象単位数				1 7 1 2																					
	⑥限度額管理対象外単位数				9 9											給付率 (/100)										
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) +⑥				1 8 1 1											保険 9 0										
	⑧公費分単位数				0											公費										
	⑨単位数単価		1 0 0 0		円／単位					円／単位			円／単位			円／単位										
	⑩保険請求額		1 6 2 9 9													1 6 2 9 9										
	⑪利用者負担額		1 8 1 1													1 8 1 1										
	⑫公費請求額				0											0										
	⑬公費分本人負担				0											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			

様式第十一（附則第二条関係）

対象年月に死亡月を記載した給付管理票を作成する。

給付管理票（令和 6 年 5 月分）

記載例 2

利用者の居宅を最後に訪問した日の属する月と、利用者の死亡月が異なる場合に、死亡月にターミナルケアマネジメント加算のみを算定する場合の給付管理票及び介護給付費請求明細書

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	カノ 伊吹	
										介護 一郎		
生年月日							性別		要支援・要介護状態区分等			
明・大 昭 30年 3月 3日							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		6年 4月	～	令和 7年 3月	

[illegible][illegible]

居宅介護支援介護給付費明細書

												令和			6	年		5	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)							

- 6 -