

<「サービス提供日／入所日確認表」の記入例>

サービス		記入例
11	訪問介護	居宅
12	訪問入浴介護	居宅
13	訪問看護	居宅
14	訪問リハビリ	居宅
15	通所介護	居宅
16	通所リハビリ	居宅
17	福祉用具貸与	福祉用具
21	短期入所生活介護	短期入所
22	短期入所老健施設	短期入所
23	短期入所医療施設	短期入所
24	予防短期生活介護	短期入所
25	予防短期老健施設	短期入所
26	予防短期医療施設	短期入所
27	特定施設生活短期	短期入所
28	地域特定施設短期	短期入所
2A	短期入所医療院	短期入所
2B	予防短期医療院	短期入所
31	居宅療養管理指導	居宅
32	認知症型共同生活	施設
33	特定施設生活介護	施設
34	予防療養管理指導	居宅
35	予防特定施設介護	施設
36	地域特定施設介護	施設
37	予防認知症型	施設
38	認知症型短期	短期入所
39	予防認知症型短期	短期入所

サービス		記入例
43	居宅介護支援	提出不要
46	介護予防支援	提出不要
51	介護福祉施設	施設
52	介護保健施設	施設
53	介護医療施設	施設
54	地域老人福祉施設	施設
55	介護医療院	施設
61	予防訪問介護	居宅
62	予防訪問入浴介護	居宅
63	予防訪問看護	居宅
64	予防訪問リハビリ	居宅
65	予防通所介護	居宅
66	予防通所リハビリ	居宅
67	予防福祉用具貸与	福祉用具
68	小規模多機能短期	居宅
69	予防小規模短期	居宅
71	夜間対応訪問介護	居宅
72	認知症型通所介護	居宅
73	小規模多機能型	居宅
74	予防認知症型通所	居宅
75	予防小規模多機能	居宅
76	定期巡回随時対応	居宅
77	複合型看護小規模	居宅
78	地域通所介護	居宅
79	複合型看小短期	居宅

「介護給付費医療突合審査確認表」の「確認対象情報（介護給付）」欄の内容を記入して下さい

サービス提供日／入所日確認表

「サービス提供日／入所日確認表」  
(居宅サービスの記入例)

対応番号	対象帳票	証記載保険者番号 証記載保険者名	被保険者番号 被保険者名	サービス提供年月	サービス
1	国保・後期	900010 〇〇市	0000000001 ヒホケンシャ1	R4年4月	14 訪問リハビリ

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
午前					○						
午後								○			
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
午前		○							○		
午後					○						
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
午前						○					
午後		○							○		

サービス実日数	8 日	外泊日数	日
入所実日数			

サービスを提供した時間帯に○をつけて下さい

「介護給付費医療突合審査確認表」の「確認対象情報（介護給付）」欄の内容を記入して下さい

サービス提供日／入所日確認表

「サービス提供日／入所日確認表」  
（福祉用具貸与サービスの記入例）

対応番号	対象帳票	証記載保険者番号 証記載保険者名	被保険者番号 被保険者名	サービス提供年月	サービス
1	国保・後期	900010 〇〇市	0000000001 ヒホケンシャ1	R4年4月	17 福祉用具貸与

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
午前											
午後										○	
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
午前	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
午後	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
午前	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
午後	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

サービス実日数	22 日	サービス実日数（＝実際に福祉用具を貸与した日数）を記入して下さい
入所実日数		

福祉用具を貸与した時間帯に○をつけて下さい

「介護給付費医療突合審査確認表」の「確認対象情報（介護給付）」欄の内容を記入して下さい

サービス提供日／入所日確認表

「サービス提供日／入所日確認表」  
（短期入所サービスの記入例）

対応番号	対象帳票	証記載保険者番号 証記載保険者名	被保険者番号 被保険者名	サービス提供年月	サービス
1	国保・後期	900010 〇〇市	0000000001 ヒホケンシャ1	R4年4月	21 短期入所生活介護

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
午前											
午後											
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
午前			○	○	○	○	○	○	○	○	
午後		入	○	○	○	○	○	○	○	○	
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
午前	○	○	○	○	○	○	○	○	退		
午後	○	○	○	○	○	○	○	○			

サービス実日数	18 日	外泊日数	日
入所実日数			

入所している時間帯に○をつけて下さい。  
入所日には「入」、退所日には「退」と記入して下さい

「介護給付費医療突合審査確認表」の「確認対象情報（介護給付）」欄の内容を記入して下さい

サービス提供日／入所日確認表

「サービス提供日／入所日確認表」  
(施設サービスの記入例)

対応番号	対象帳票	証記載保険者番号 証記載保険者名	被保険者番号 被保険者名	サービス提供年月	サービス
1	国保・後期	900010 〇〇市	0000000001 ヒホケンシャ1	R4年4月	51 介護福祉施設

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
午前											
午後											
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
午前			○	○	○	外	外	外	○	○	
午後		入	○	○	○	外	外	外	○	○	
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
午前	○	○	○	○	○	○	○	○	退		
午後	○	○	○	○	○	○	○	○			

サービス実日数	15 日	外泊日数	3 日
入所実日数			

入所している時間帯に○をつけて下さい。  
入所日には「入」、退所日には「退」、外泊日には「外」と記入して下さい