

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）【請求明細書記載事例 2】 訪問介護の場合

公費負担者番号		平成	2	1	年	0	4	月
公費受給者番号		保険者番号	1	9	9	9	9	9

被保険者番号	5	5	5	5	5	5	5	5	5		
(フリガナ)	オモイ カゴ										
氏名	訪問 介護										
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	平成	2	1	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成	2	3	年	0	3	月	3	1	日	まで

事業所番号	1	9	9	9	9	9	9	9	9
事業所名称	国保連合会クリニック								
所在地	〒400-9999 国保市介護町1-1								
連絡先	電話番号 055-111-1111								

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	1	9	9	9	9	9	9	9	9	事業所名称	国保連合会介護センター

開始年月日	平成	2	1	年	4	月	1	日	中止年月日	平成		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
身体介護 1	1 1 1 1 1 1	2 5 4	1 0	2 5 4 0			
身体介護 9	1 1 1 9 1 1	1 0 8 2	5	5 4 1 0			260

サービスの提供回数を記載すること。

訪問介護で4時間以上のサービスを行った場合、所要時間を分単位で記載すること

サービス種類コード / 名称	1 1	訪問介護							
サービス実日数	1 0								日
計画単位数		7 9 5 0							
限度額管理対象単位数		7 9 5 0							
限度額管理対象外単位数									
給付単位数(のうち少ない数)+		7 9 5 0							給付率(/100)
公費分単位数									保険 90
単位数単価	1 0 0 0	円/単位							公費
保険請求額		7 1 5 5 0							合計
利用者負担額		7 9 5 0							7 1 5 5 0
公費請求額									7 9 5 0
公費分本人負担									

サービスを実施した日数を記載すること。

社会福祉法人等による軽減	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	備考
	11	訪問介護					
	15	通所介護					
	71	夜間対応型訪問介護					
	72	認知症対応型通所介護					
	73	小規模多機能型居宅介護					