

**【事例12】居宅介護支援費（様式第七）のサービスにて、複数のサービスコードを記入する場合の記載内容。**

① 様式第一

保 險 者

(別 記) 殿

下記のとおり請求します。

平成21年 5月10日

事業所番号	4	8	7	9	9	9	9	9	9	9
請求事業所	名 称	居宅介護支援事業所								
	所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9								
		事業所所在地								
連絡先	9 9 9 - 9 9 9 - 9 9 9 9									

保険請求

区 分	サービス費用						特定入所者介護サービス費等				
	件 数	単位数 ・点数	費用 合計	保険 請求額	公費 請求額	利用者 負担	件数	費用 合計	利用者 負担	公費 請求額	保険 請求額
居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等											
居宅介護支援・ 介護予防支援	1	1,800	18,000	18,000							
合 計	1	1,800	18,000	18,000							

公費請求

区 分	サービス費用				特定入所者介護サービス費等		
	件 数	単位数 ・点数	費用 合計	公費 請求額	件数	費用 合計	公費 請求額
12 生 保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等							
生 保 居宅介護支援・ 介護予防支援	1	1,700	17,000	17,000			
合 計				17,000			

注： サービス費用の件数欄には、保険請求対象となる介護給付費明細書の件数（介護給付費明細書の様式ごとに被保険者等1人分の請求を1件とする）を記載する。

第2号被保険者（40歳以上65歳未満）で医療保険未加入者の生活保護受給者は、公費単独の請求（10割公費）なので公費請求欄のみに記載する。

② 様式第七

居宅介護 支援事業者	事業所 番号	4 8 7 9 9 9 9 9 9 9 9	所在地	〒 9 9 9 - 9 9 9 9	
	事業所 名称	居宅介護支援事業所		事業所所在地	
		連絡先	電話番号 9 9 9 - 9 9 9 - 9 9 9 9		
		単位数単価	1 0 0 0	(円/単位)	

項番 1	被保険者番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	(フリガナ)	リョウシャ 1				性別	1. 男 2. 女	
	公費受給者番号		氏名	利用者 1						
	生年 月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和	要介護 状態区分	1・2	3・4・5	認定 有効期間	平成 2 1 年 4 月 1 日 から 平成 2 2 年 3 月 3 1 日 まで			
	担当介護支援 専門員番号	4 8 9 9 9 9 9 9 9	サービス計画 作成依頼 届出年月日	平成 2 1 年 4 月 1 日						
給付 費用 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			
	居宅支援 I 1	4 3 2 1 1 1	1 0 0 0	1	1 0 0 0		1 8 0 0			
	居宅支援初回加算	4 3 4 0 0 1	3 0 0	1	3 0 0		請求額合計			
	居宅支援特定事業所加算 I	4 3 4 0 0 2	5 0 0	1	5 0 0		1 8 0 0 0 0			
項番 2	被保険者番号	H 8 8 8 8 8 8 8 8 8 8	(フリガナ)	リョウシャ 2				性別	1. 男 2. 女	
	公費受給者番号	1 2 9 9 9 9 9 9 9	氏名	利用者 2						
	生年 月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和	要介護 状態区分	1・2・3	4	5	認定 有効期間	平成 2 1 年 1 月 1 日 から 平成 2 1 年 1 2 月 3 1 日 まで		
	担当介護支援 専門員番号	4 8 9 9 9 9 9 9 9	サービス計画 作成依頼 届出年月日	平成	年	月	日			
給付 費用 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			
	居宅支援 I 2	4 3 2 2 1 1	1 3 0 0	1	1 3 0 0		1 7 0 0			
	居宅支援退院退所加算 I	4 3 6 1 2 6	4 0 0	1	4 0 0		請求額合計			
							1 7 0 0 0 0			

注：平成 21 年 4 月サービス提供以降は、複数サービスコードの記入を可能とする。

サービス単位数合計欄には、各サービスコードのサービス単位数の合計を記載する。

請求額合計欄には、サービス単位数合計に単位数単価を乗じて得た結果（小数点以下切り捨て）を記載する。