

居宅介護支援介護給付費明細書

平成	2	1	年	4	月分	
保険者番号	2	1	9	9	9	9

2 公費負担者番号															
	5 居宅介護支援事業者	事業所番号	2 1 7 9 9 9 9 9 9							所在地	〒 5 0 0 - 8 3 8 5 岐阜市下奈良2丁目2番1号 岐阜県福祉・農業会館内				
		事業所名称	岐阜県国保在宅介護支援センター							連絡先	電話番号 058-275-9825				
										単位数単価	1 0 0 0 (円/単位)				
4															

1 被保険者	項番																
	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 1							(フリガナ)	カイゴ タロウ				性別	① 男 2. 女		
	公費受給者番号								氏名	介護太郎							
	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
	2		年	2		月	2		日	平成	2 3	年	3	月	3 1	日	まで
担当介護支援専門員番号	2 1 0 0 0 0 0 1							サービス計画作成依頼届出年月日	平成	2 0	年	7	月	1	日		

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ⅠⅠ	4 3 2 1 1 1	1 0 0 0	1	1 0 0 0		1 0 0 0
請求額合計						1 0 0 0 0

2 被保険者	項番																
	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 4							(フリガナ)	カイゴ ジロウ				性別	① 男 2. 女		
	公費受給者番号								氏名	介護次郎							
	生年月日	1. 明治 2. 大正 ③ 昭和					要介護状態区分	② 2・3・4・5		認定有効期間	平成	2 1	年	4	月	1	日
	1 0		年	1 0		月	1		日	平成	2 3	年	3	月	3 1	日	まで
担当介護支援専門員番号	2 1 0 0 0 0 0 1							サービス計画作成依頼届出年月日	平成	2 0	年	5	月	1	日		

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ⅠⅠ	4 3 2 1 1 1	1 0 0 0	1	1 0 0 0		1 1 5 0
居宅支援医療連携加算	4 3 6 1 2 5	1 5 0	1	1 5 0		請求額合計
請求額合計						1 1 5 0 0

平成	2	1	年	4	月分
----	---	---	---	---	----

保険者番号	2	1	9	9	9	9
-------	---	---	---	---	---	---

2	公費負担者番号	1	2	9	9	9	9	9	9
---	---------	---	---	---	---	---	---	---	---

5 居宅介護支援事業者	事業所番号	2	1	0	9	9	9	9	9	9	9	9	9	〒	5	0	0	-	8	3	8	5		
	事業所名称	〇〇地域包括支援センター											所在地	岐阜市下奈良2丁目2番1号 岐阜県福祉・農業会館内										
	連絡先												電話番号	058-275-9825										
	単位数単価												1	0	0	0	(円/単位)							

4 項番	被保険者	被保険者番号	H	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	(フリガナ)	カイゴ ハナコ						性別	1. 男 2. 女				
		公費受給者番号	1 1 2 2 3 3 4											氏名	介護花子											
		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	平成	2	1	年	4	月	1	日	から
		担当介護支援専門員番号	2 1 0 0 0 0 0 9											サービス計画作成依頼届出年月日	平成	2	1	年	4	月	2	0	日	まで		

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 I 1	4 6 2 1 1 1	4 1 2	1	4 1 2		7 1 2
介護予防支援初回加算	4 6 4 0 0 1	3 0 0	1	3 0 0		請求額合計
						7 1 2 0

項番	被保険者	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	平成			年			月			日	から
		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	平成			年			月			日	まで		

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

様式第七号における記載要領

1. サービス提供年月

3. 保険者番号

1、3については、様式第二号における記載項目と共通項目のため省略

2. 公費負担者番号

生活保護受給者で、介護保険の被保険者でない場合については、福祉事務所から発行される生活保護法介護券に記載された公費負担者番号を記載すること。

4. 被保険者欄

ア 被保険者番号

被保険者証等の被保険者番号欄に記載された番号を記載すること。

イ 公費受給者番号

生活保護受給者で、介護保険の被保険者でない場合については、福祉事務所から発行される生活保護法介護券に記載された公費受給者番号を記載すること。

ウ 氏名

被保険者証等に記載された氏名及びふりがなを記載すること。

エ 生年月日

被保険者証等に記載された生年月日を記載すること。

元号欄は該当する元号の番号を○で囲むこと。

オ 性別

該当する性別の番号を○で囲むこと。

カ 要介護状態区分

請求対象となる期間における被保険者の要介護状態区分を被保険者証等をもとに記載すること。

月の途中で要介護状態区分の変更認定等（要介護状態と要支援状態をまたがる変更の場合を含む。）があつて、要介護状態区分が変わった場合は、月の末日における要介護状態区分（月の月末において要介護認定等の非該当者である場合は、最後に受けていた要介護認定等の要介護状態区分）を記載すること。

この場合において、当該要介護状態区分と、当該月の支給限度基準額設定のもととなった要介護状態区分は一致しない場合があることに留意すること。

キ 認定有効期間

サービス提供月の末日において被保険者が受けている要介護認定及び要支援認定（以下「要介護認定等」という。）の有効期間を記載すること。

ク 居宅サービス計画又は介護予防サービス計画の作成依頼届出年月日

被保険者証に記載された居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に係る居宅サービス計画又は介護予防サービス計画の作成依頼届出年月日を記載すること。ただし、被保険者でない生活保護受給者の場合は記載は不要であること。

ケ 担当介護支援専門員番号

給付管理を行なった介護支援専門員の指定介護支援専門員番号を記載すること。ただし、介護予防支援事業所（地域包括支援センター）での介護予防支援において、介護支援専門員番号を記載できない場合には記載は不要であること。

5. 居宅介護支援事業者欄及び介護予防支援事業者欄

事前印刷又はゴム印等による記載であっても差し支えないこと。

ア 事業所番号

指定事業所番号又は基準該当事業所の登録番号を記載すること。

イ 事業所名称

指定等を受けた際に届け出た事業所名を記載すること。

同一事業所番号で複数のサービス種類を提供しており、それぞれの名称が異なることで事業所名を特定できない場合は、特定申請等を行った際の「申請（開設）者」欄に記載した名称を記載すること。

ウ 所在地

指定等を受けた際に届け出た事業所の所在地とその郵便番号を記載すること。

エ 連絡先

審査支払機関、保険者からの問い合わせ用連絡先電話番号を記載すること。

オ 単位数単価

事業所所在地における単位数あたり単価を小数点以下2位まで記載すること。

月の途中で、単位数単価の異なる地域区分をまたがる移転等を行った場合は、月内で最も高い単位数単価を記載すること。

11. 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、適要については、様式第二号における給付費明細欄記載項目と共通項目のため省略

ア サービス単位数合計

サービス単位数の合計単位数を記載すること。

イ 請求額合計

「ア 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）を記載すること。