

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

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・小規模多機能型居宅介護(短期利用)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用)

様式第二から様式第九の二までを次のように改める。

Table with 2 rows: 公費負担者番号 and 公費受給者番号. Includes fields for year and month.

Main form table with columns for insured person details (被保険者) and service provider details (請求事業者).

Table for 居宅サービス計画 (Residential Service Plan) with options for 1. 居宅介護支援事業者作成 and 2. 被保険者自己作成.

Table for 開始年月日 (Start Date) and 中止理由 (Reason for Termination) with multiple choice options.

Large table for 給付費明細欄 (Payment Detail Table) with columns for service content, codes, units, and costs.

Table for 給付費明細欄 (住所地特例) (Payment Detail Table - Special Provisions for Residence) with columns for service content and costs.

Table for 請求額集計欄 (Request Amount Summary Table) with rows for various calculation items like ①サービス種類コード, ④計画単位数, etc.

Table for 社会福祉法人等による軽減 (Reduction by Social Welfare Corporations, etc.) with columns for reduction rate, total amount, and reduced amount.

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, 年, 月分

公費受給者番号, 保険者番号

被保険者: 被保険者番号(フリガナ), 氏名, 生年月日, 要支援状態区分, 認定有効期間

請求事業者: 事業所番号, 事業所名称, 所在地, 連絡先

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

開始年月日, 中止年月日

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, 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

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, ③サービス実日数, ④計画単位数, ⑤限度額管理対象単位数, ⑥限度額管理対象外単位数, ⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥, ⑧公費分単位数, ⑨単位数単価, ⑩保険請求額, ⑪利用者負担額, ⑫公費請求額, ⑬公費分本人負担

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

枚中, 枚目

様式第二の三(附則第二条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
(訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費)

公費負担者番号										令和			年			月分													
公費受給者番号										保険者番号																			
被保険者	被保険者番号 (フリガナ)										事業所番号																		
	氏名																			事業所名称									
	生年月日						1. 明治 2. 大正 3. 昭和		性別		1. 男 2. 女																		
	要支援状態区分等										事業対象者・要支援1・要支援2																		
	認定有効期間										1. 平成 2. 令和																		
										令和																			
										年																			
										月																			
										日																			
										から																			
										日まで																			
										〒																			
										-																			
										所在地																			
										連絡先																			
										電話番号																			
介護予防サービス計画										3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成																			
事業所番号										事業所名称																			
開始年月日			令和			年			月			日			中止年月日			令和			年			月			日		
事業費明細欄	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														
事業費明細欄 (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																												
	③サービス実日数										日			日			日			日									
	④計画単位数																												
	⑤限度額管理対象単位数																												
	⑥限度額管理対象外単位数																												
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥																												
	⑧公費分単位数																												
	⑨単位数単価										▲		円/単位		▲		円/単位		▲		円/単位		▲		円/単位		合計		
	⑩事業費請求額																												
	⑪利用者負担額																												
	⑫公費請求額																												
	⑬公費分本人負担																												
	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									