

<注意>

記載例における各サービスコードのサービス項目コード、単位数及び単位数単価はあくまで例であり、実際のサービス項目コード、単位数及び単位数単価と異なる場合があることに留意すること。

No.	項目	例	種別 (※)	説明
1	総合事業の対象者等の弾力化	例1	ケ	市町村が補助する総合事業サービスのみを要介護者が利用し、介護予防ケアマネジメント（様式第七の三）を請求する場合の請求明細書
2		例2	請	国で示されている 目安 の単位数を超過して記載する場合の請求明細書
3		例3	ケ	国で示されている 目安 の単位数を超過して介護予防ケアマネジメント費の単位数を記載する場合の請求明細書

※種別については以下のとおりとする

請・・・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）

ケ・・・介護予防・日常生活支援総合事業費明細書（介護予防ケアマネジメント費）

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
(介護予防ケアマネジメント費)

記載例 1

市町村が補助する総合事業サービスのみを利用し、介護予防ケアマネジメント(様式第七の三)を請求する場合の請求明細書

公費負担者番号																				
公費受給者番号																				

令和	0	3	年	0	4	月分
保険者番号	9	0	1	0	0	1

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	2	2	2	2												
	(フリガナ)	カゴ ジロウ																					
	氏名	介護 次郎																					
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	0	5	年	0	6	月	0	2	日	性別	1.男	2.女							
	要支援・要介護状態区分等	事業対象者・要支援1・要支援2 要介護1・2・3・4・5																					
認定有効期間	1.平成	2.令和	0	3	年	0	4	月	0	1	日	から	令和	0	4	年	0	3	月	3	1	日	まで

請求事業者	事業所番号	9	0	0	0	0	0	0	2	2	0
	事業所名称	〇〇地域包括支援センター									
	所在地	〒999-2222 〇〇県〇〇市△△町22-2-2									
	連絡先	電話番号 099-222-0002									

要介護者の要介護度を選択する

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
	介護予防ケアマネジメント・要介護者	A F 3 0 0 1	4 3 8	1		4 3 8		

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	区分	事業分				公費分				
	①サービス単位数合計			4	3	8				
	②単位数単価	1	0	2	1	円/単位	/100			
	③給付率									
④事業費請求額(円)			4	4	7	1				

枚中 枚目

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)

記載例 2

国で示されている **目安** の単位数を超過して記載する場合の請求明細書

公費負担者番号																				
公費受給者番号																				

令和																				
保険者番号	9	0	1	0	0	1														

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	3	3	3	3												
	(フリガナ)	カゴ ハコ																					
	氏名	介護 花子																					
	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	0	3	年	0	4	月	0	1	日	から	令和	0	4	年	0	3	月	3	1	日

請求事業者	事業所番号	9	0	7	0	0	0	0	0	3	0
	事業所名称	〇〇事業所									
	所在地	〒999-3333 〇〇県〇〇市△△町3-3-3									
	連絡先	電話番号 099-333-3333									

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	9	0	0	0	0	0	0	3	3	0	事業所名称	〇〇地域包括支援センター				
------------	--------------------------	-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------	--------------	--	--	--	--

開始年月日	1. 平成																			
中止年月日	2. 令和																			

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
訪問型独自サービス I	A 2 1 1 1 1 1	1 5 0 0	1	1 5 0 0			
訪問型独自サービス処遇改善加算 I	A 2 6 2 6 9	2 0 6	1	2 0 6			
訪問型独自サービス特定処遇改善加算 I	A 2 6 2 7 8	9 5	1	9 5			

国が示している **目安** の単位数を超過した単位数を保険者にて定めることができるようになるため、A2-1111：訪問型独自サービス I の国が示している **目安** の単位数「1,176」を超過した単位数を請求することが可能となる
但し、処遇改善加算や特別地域加算等の割合で算出するサービスについては、従来通り国が示す割合で単位数の算出を行う

事業費明細欄 (住所等特例対象者)	サービス内容																			

請求額集計欄	①サービス種類コード / ②名称	A 2	訪問型サービス (独自)																	
	③サービス実日数	3 0	日																	
	④計画単位数		1 5 0 0																	
	⑤限度額管理対象単位数		1 5 0 0																	
	⑥限度額管理対象外単位数		3 0 1																	
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥		1 8 0 1																	
	⑧公費分単位数		0																	
	⑨単位数単価	1 0 2 1	円/単位																	
	⑩事業費請求額		1 6 5 4 9																	
	⑪利用者負担額		1 8 3 9																	
	⑫公費請求額		0																	
	⑬公費分本人負担		0																	

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

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
(介護予防ケアマネジメント費)

記載例3

国で示されている目安の単位数を超過して介護予防ケアマネジメント費の単位数を記載する場合の請求明細書

公費負担者番号																				
公費受給者番号																				

令和	0	3	年	0	4	月分
保険者番号	9	0	1	0	0	1

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	5	5	5	5	
	(フリガナ)	カイゴ サブロー										
	氏名	介護 三郎										
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男 2.女						
	要支援・要介護状態区分等	事業対象者・要支援1・要支援2 要介護1・2・3・4・5										
認定有効期間	1.平成	2.令和	0	3	年	0	4	月	0	1	日	から
	令和	0	4	年	0	3	月	3	1	日	まで	

請求事業者	事業所番号	9	0	0	0	0	0	0	5	5	0
	事業所名称	〇〇地域包括支援センター									
	所在地	〒999-5555 〇〇県〇〇市△△町5-5-5									
	連絡先	電話番号 099-555-5555									

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
		介護予防ケアマネジメント・初・連	A F 1 0 0 3	1 3 0 0	1	1 3 0 0		
<p>国が示している介護予防ケアマネジメント費の目安の単位数を超過した単位数を保険者にて定めることができるようになるため、これまでの単位数上限を超過した単位数を請求することが可能となる</p>								

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	区分	事業分					公費分					
	①サービス単位数合計			1	3	0	0					
	②単位数単価	1	0	2	1	円/単位						
	③給付率						/100					
④事業費請求額(円)			1	3	2	7	3					

枚中 枚目