

平成18年4月制度改正に伴う介護給付費請求書・介護給付費明細書様式

様式番号	サービス種類	様式番号	サービス種類
様式第一	(介護給付費請求書)		
様式第二	訪問介護	様式第二の二	介護予防訪問介護
	訪問入浴介護		介護予防訪問入浴介護
	訪問看護		介護予防訪問看護
	訪問リハビリテーション		介護予防訪問リハビリテーション
	居宅療養管理指導		介護予防居宅療養管理指導
	通所介護		介護予防通所介護
	通所リハビリテーション		介護予防通所リハビリテーション
	福祉用具貸与		介護予防福祉用具貸与
	夜間対応型訪問介護		介護予防認知症対応型通所介護
	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
小規模多機能型居宅介護			
様式第三	短期入所生活介護	様式第三の二	介護予防短期入所生活介護
様式第四	介護老人保健施設における短期入所療養介護	様式第四の二	介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護
様式第五	病院・診療所における短期入所療養介護	様式第五の二	病院・診療所における介護予防短期入所療養介護
様式第六	認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)	様式第六の二	介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用以外)
様式第六の三	特定施設入居者生活介護	様式第六の四	介護予防特定施設入居者生活介護
	地域密着型特定施設入居者生活介護		
様式第六の五	認知症対応型共同生活介護(短期利用)	様式第六の六	介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用)
様式第七	居宅介護支援	様式第七の二	介護予防支援
様式第八	介護老人福祉施設		
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		
様式第九	介護老人保健施設		
様式第十	介護療養型医療施設		
様式第十一	給付管理票		

様式第一（附則第二条関係）

平成		年		月分
----	--	---	--	----

介護給付費請求書

保 険 者

(別 記) 殿

下記のとおり請求します。

平成 年 月 日

事業所番号											
請求事業所	名 称										
	所在地	〒									
連絡先											

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											
合 計											

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							
10 結核 34条							
11 結核 35条							
21 障自・通院医療							
15 障自・更生医療							
19 原爆・一般							
51 特定疾患等 治療研究							
57 障害者・支援措置（経 過措置）							
81 被爆者助成							
86 被爆体験者							
87 有機ヒ素・緊急措置							
88 水俣病総合対策 メチル水銀							
66 石綿・救済措置							
58 障害者・支援措置（全 額免除）							
合 計							

備考 この用紙は、A列4番とすること。



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

（介護予防訪問介護・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・介護予防通所介護・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）

公費負担者番号		平成		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	1.明治	2.大正	3.昭和		性別	1.男	2.女			
	要支援状態区分	要支援1・要支援2									
認定有効期間	平成		年		月		日	から			
	平成		年		月		日	まで			
請求事業者	事業所番号										
	事業所名称										
	所在地	〒			-						
	連絡先	電話番号									

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									
	事業所番号						事業所名称				

開始年月日	平成		年		月		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														

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	

請求額集計欄	サービス種類コード / 名称								
	サービス実日数		日		日		日		
	計画単位数								
	限度額管理対象単位数								
	限度額管理対象外単位数								
	給付単位数（のうち少ない数）+								給付率（/100）
	公費分単位数								保険
	単位数単価		円/単位		円/単位		円/単位		公費
	保険請求額								合計
	利用者負担額								
公費請求額									
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
	61	介護予防訪問介護					
	65	介護予防通所介護					
	74	介護予防認知症対応型通所介護					
	75	介護予防小規模多機能型居宅介護					

枚中	枚目
----	----

備考 この用紙は、A列4番とすること。



様式第三の二（附則第二条関係）

介護予防サービス介護給付費明細書  
（介護予防短期入所生活介護）

公費負担者番号		平成		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	1.明治	2.大正	3.昭和		性別	1.男	2.女			
	要支援状態区分	要支援1・要支援2									
認定有効期間	平成		年		月		日	から			
	平成		年		月		日	まで			

請求事業者	事業所番号										
	事業所名称										
	所在地	〒				-					
	連絡先	電話番号									

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
	事業所番号	
	事業所名称	

入所年月日	平成		年		月		日
退所年月日	平成		年		月		日
短期入所 実日数							

サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要

区分	保険分	公費分
計画単位数		
限度額管理対象単位数		
限度額管理対象外単位数		
給付単位数		
単位数単価	円 / 単位	
給付率	/ 100	/ 100
請求額（円）		
利用者負担額（円）		

サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計									
保険分 請求額(円)							公費分 請求額	公費分本人負担月額	

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
	24	介護予防短期入所生活介護					

枚中 枚目

備考 この用紙は、A列4番とすること。







様式第五の二（附則第二条関係）

介護予防サービス介護給付費明細書  
 （病院・診療所における介護予防短期入所療養介護）

公費負担者番号		平成		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 (7桁)							
	氏名							
	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	要支援1・要支援2						
	認定有効期間	平成		年		月		日
	平成		年		月		日	まで
請求事業者	事業所番号							
	事業所名称							
	所在地	〒			-			
連絡先	電話番号							

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	入所年月日	平成		年		月		日
	事業所番号	退所年月日	平成		年		月		日
	事業所名称	短期入所 実日数							

サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要

傷病名	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要

区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
計画単位数				
限度額管理対象単位数				
限度額管理対象外単位数				
給付単位数				
単位数単価	円 / 単位		10 円 / 単位	10 円 / 単位
給付率	/ 100	/ 100	/ 100	/ 100
請求額 (円)				
利用者負担額 (円)				

サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計									
					保険分 請求額(円)		公費分 請求額		公費分本人負担月額

枚中 枚目

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第六（附則第二条関係）

地域密着型サービス介護給付費明細書  
 （認知症対応型共同生活介護（短期利用以外））

公費負担者番号										平成			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 (7桁)																				
	氏名																				
	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			年			月			日	から	平成			年			月		日
請求事業者	事業所番号																				
	事業所名称																				
	所在地	〒											-								
連絡先	電話番号																				

入居年月日	平成			年			月			日	退居年月日	平成			年			月			日	入居実日数		外泊日数	
退居後の状況	1.居宅 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																								

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
	合計								

区分	保険分	公費分
単位数合計		
単位数単価	円 / 単位	
給付率	/ 100	/ 100
請求額（円）		
利用者負担額（円）		

枚中 枚目

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第六の二（附則第二条関係）

地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書  
 （介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用以外））

公費負担者番号										平成			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 (7桁)																					
	氏名																					
	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	要支援 2																				
	認定有効期間	平成			年			月			日	から	平成			年			月			日

請求事業者	事業所番号																						
	事業所名称																						
	所在地	〒																					
	連絡先	電話番号																					

入居年月日	平成			年			月			日	退居年月日	平成			年			月			日	入居実日数							外泊日数						
退居後の状況	1.居宅 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																																		

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
		合計							

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	単位数合計		
	単位数単価	円 / 単位	
	給付率	/ 100	/ 100
	請求額（円）		
利用者負担額（円）			

枚中	枚目
----	----

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第六の三（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  
 （特定施設入居者生活介護・地域密着型特定施設入居者生活介護）

公費負担者番号										平成			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 (7桁)																
	氏名																
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和	年	月	日	性別	1.男 2.女										
	要介護状態区分	経過的要介護・要介護 1・2・3・4・5															
	認定有効期間	平成		年		月		日	から	平成		年		月		日	まで
請求事業者	事業所番号																
	事業所名称																
	所在地	〒				-											
	連絡先	電話番号															

入居年月日	平成		年		月		日	退居年月日	平成		年		月		日	入居実日数		外泊日数	
退居後の状況	1.居宅 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																		

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
	合計								

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	外部利用型給付上限単位数		
	外部利用型上限管理対象単位数		
	給付単位数		
	単位数単価	円/単位	
	給付率	/ 100	/ 100
	請求額（円）		
	利用者負担額（円）		

枚中	枚目
----	----

備考 この用紙は、A列4番とすること。



様式第六の五（附則第二条関係）

地域密着型サービス介護給付費明細書  
 （認知症対応型共同生活介護（短期利用））

公費負担者番号		平成		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	1.明治 2.大正 3.昭和 年 月 日 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 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで

請求事業者	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	〒 -
	連絡先 電話番号	

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
	事業所名称

入居年月日	平成	年	月	日
退居年月日	平成	年	月	日
短期利用 実日数				

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
	合計								

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	計画単位数		
	限度額管理対象単位数		
	限度額管理対象外単位数		
	給付単位数		
	単位数単価	円 / 単位	
	給付率	/ 100	/ 100
	請求額（円）		
利用者負担額（円）			

枚中 枚目

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第六の六（附則第二条関係）

地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書  
 （介護予防認知症対応型共同生活介護（短期利用））

公費負担者番号		平成		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	1.明治 2.大正 3.昭和 年 月 日 性別 1.男 2.女
	要支援状態区分	要支援 2
	認定有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで

請求事業者	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	〒 -
	連絡先 電話番号	

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
	事業所番号
	事業所名称

入居年月日	平成	年	月	日
退居年月日	平成	年	月	日
短期利用		実日数		

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
	合計								

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	計画単位数		
	限度額管理対象単位数		
	限度額管理対象外単位数		
	給付単位数		
	単位数単価	円 / 単位	
	給付率	/ 100	/ 100
	請求額（円）		
利用者負担額（円）			

枚中 枚目

備考 この用紙は、A列4番とすること。



様式第七の二（附則第二条関係）

介護予防支援介護給付費明細書

公費負担者番号		平成		年	月	分
事業所番号		所在地		〒		
事業所名称		連絡先		電話番号		
		単位数単価		(円/単位)		

項番	被保険者						請求計算				
	被保険者番号	(フリガナ)				サービスコード					
	公費受給者番号	氏名									
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男	2.女	単位数			
	要支援状態区分	要支援1・要支援2			認定有効期間	平成	年	月	日	から	請求金額
	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	摘要
	被保険者番号	(フリガナ)				サービスコード					
	公費受給者番号	氏名									
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男	2.女	単位数			
	要支援状態区分	要支援1・要支援2			認定有効期間	平成	年	月	日	から	請求金額
	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	摘要
	被保険者番号	(フリガナ)				サービスコード					
	公費受給者番号	氏名									
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男	2.女	単位数			
	要支援状態区分	要支援1・要支援2			認定有効期間	平成	年	月	日	から	請求金額
	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	摘要
	被保険者番号	(フリガナ)				サービスコード					
	公費受給者番号	氏名									
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男	2.女	単位数			
	要支援状態区分	要支援1・要支援2			認定有効期間	平成	年	月	日	から	請求金額
	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	摘要

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第八（附則第二条関係）

施設サービス等・地域密着型サービス介護給付費明細書  
 （介護福祉施設サービス・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護）

公費負担者番号		平成		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	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		旧措置入所者特例	1.無 2.有		
認定有効期間	平成		年		月	日	
	平成		年		月	日	
請求事業者	事業所番号						
	事業所名称						
	所在地	〒					
連絡先	電話番号						

入所年月日	平成		年		月		日	退所年月日	平成		年		月		日	入所実日数		外泊日数	
退所後の状況	1.居宅 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																		

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
	合計								

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	単位数合計		
	単位数単価	円/単位	
	給付率	/ 100	/ 100
	請求額（円）		
利用者負担額（円）			

特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額	
	合計										
						保険分 請求額(円)		公費分 請求額		公費分本人負担月額	

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
	51	介護福祉施設サービス				
	54	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護				

枚中 枚目

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第九（附則第二条関係）

施設サービス等介護給付費明細書  
（介護保健施設サービス）

公費負担者番号		平成		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					
	(7)がカ)					
	氏名					
	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		年		月	日から
	平成		年		月	日まで
請求事業者	事業所番号					
	事業所名称					
	所在地	〒		-		
	連絡先	電話番号				

入所年月日	平成		年		月		日	退所年月日	平成		年		月		日	入所実日数	外泊日数
主傷病								退所後の状況	1.居宅 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								

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
	合計								

緊急時施設療養費	緊急時傷病名					緊急時治療開始年月日	平成		年		月		日	
	緊急時治療管理（再掲）	単位	単位 ×	日	摘要									
	特定治療	リハビリテーション	点											
		処置	点											
		手術	点											
		放射線治療	点											
合計	点													
往診日数	医療機関名	通院日数	医療機関名											

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定治療	公費分特定治療
	点数・単位数合計				
	点数・単位数単価	円 / 単位		10円 / 点	10円 / 点
	給付率	/ 100	/ 100	/ 100	/ 100
	請求額（円）				
利用者負担額（円）					

特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額	
	合計										
							保険分請求額(円)		公費分請求額		
										公費分本人負担月額	

枚中 枚目

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第十（附則第二条関係）

施設サービス等介護給付費明細書  
（介護療養施設サービス）

公費負担者番号		平成		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	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		年		月	日から
	平成		年		月	日まで
請求事業者	事業所番号					
	事業所名称					
	所在地	〒		-		
	連絡先	電話番号				

入院年月日	平成		年		月		日	退院年月日	平成		年		月		日	入院実日数	外泊日数
主傷病								退院後の状況	1.居宅 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								

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
合計									

特定診療費	傷病名								
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要	
合計									

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
	単位数合計				
	単位数単価	円 / 単位		10円 / 単位	10円 / 単位
	給付率	/ 100	/ 100	/ 100	/ 100
	請求額（円）				
利用者負担額（円）					

特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額	
合計											
							保険分 請求額(円)		公費分 請求額		
										公費分本人負担月額	

枚中 枚目

備考 この用紙は、A列4番とすること。

