

各都道府県介護保険担当課（室）

各市町村介護保険担当課（室）

各介護保険関係団体 御中

← 厚生労働省 認知症施策・地域介護推進課、老人保健課

## 介護保険最新情報

今回の内容

通所介護等の区分支給限度基準額に係る  
給付管理の取扱いについて

計 53 枚（本紙を除く）

Vol.947

令和3年3月22日

厚生労働省老健局

認知症施策・地域介護推進課、老人保健課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう  
よろしく願いいたします。 】

連絡先 TEL : 03-5253-1111 (内線 3948、3987、3936)

FAX : 03-3503-7894

事務連絡  
令和3年3月22日

都道府県  
各 指定都市 介護保険担当主管部（局）御中  
中核市

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課  
老人保健課

### 通所介護等の区分支給限度基準額に係る給付管理の取扱いについて

平素より介護保険行政の適正な運営にご尽力いただき、厚く御礼申し上げます。

通所介護、通所リハビリテーション、(介護予防)小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護については、「令和3年度介護報酬改定に関する審議報告」（令和2年12月23日社会保障審議会介護給付費分科会（※））を踏まえ、訪問系サービスの同一建物減算適用時の区分支給限度基準額に関する取扱いを参考に、別添1のとおり区分支給限度基準額に係る給付管理の取扱いをお示しすることにしました。

つきましては、上記について御了知いただくとともに、具体的な請求・給付管理方法については別添2（「介護保険事務処理システム変更に係る参考資料の送付について（その6）」（令和3年3月19日厚生労働省老健局介護保険計画課ほか連名事務連絡）（抄））のとおり発出されているので、管内市町村、サービス事業所等への周知をお願いいたします。なお、別添2の内容は現時点での案であり、取扱いに変更があった場合には改めてお示しいたします。

また、今般の取扱いとして、今後「介護給付費単位数表標準マスタ」（（公社）国民健康保険中央会）等が開発されることから、それらの活用も含め、ご対応いただくよう併せて周知をお願いいたします。

（※）参考：令和3年度介護報酬改定に関する審議報告（令和2年12月23日社会保障審議会介護給付費分科会）（抄）

#### II 5. 制度の安定性・持続可能性の確保

##### （1）評価の適正化・重点化

###### ①同一建物減算適用時等の区分支給限度基準額の計算方法の適正化

【通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護】

通所系サービス、多機能系サービスについて、同一建物等居住者に係る減算の適用を受ける者と当該減算の適用を受けない者との公平性の観点から、当該減算等の適用を受ける者の区分支給限度基準額の管理において、減算等の適用前の単位数を用いることとする。

また、通所介護、通所リハビリテーションについて、通常規模型のサービスを利用する者と大規模型のサービスを利用する者との公平性の観点から、大規模型の報酬が適用される事業所を利用する者の区分支給限度基準額の管理において、通常規模型の単位数を用いることとする。

#### 【照会先】

厚生労働省老健局老人保健課

TEL：03-5253-1111（内 3948）

厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課

TEL：03-5253-1111（内 3936, 3987）

# 5. (1)① 同一建物減算適用時等の区分支給限度基準額の計算方法の適正化

## 概要

【通所介護、地域密着型通所介護、療養通所介護、認知症対応型通所介護★、通所リハビリテーション★、小規模多機能型居宅介護★、看護小規模多機能型居宅介護】

○ 訪問系サービスの同一建物減算適用時の区分支給限度基準額に関する取扱いを参考に、通所系サービス、多機能系サービスについて、以下の対応を行う。

<同一建物減算等>

- ・ 通所系サービス、多機能系サービスの同一建物減算等の適用を受ける利用者の区分支給限度基準額の管理については、当該減算を受ける者と受けない者との公平性の観点から、減算の適用前（同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合）の単位数を用いることとする。【告示改正】

<規模別の基本報酬>

- ・ 通所介護、通所リハビリテーションの、大規模型を利用する者の区分支給限度基準額の管理については、通常規模型を利用する者との公平性の観点から、通常規模型の単位数を用いることとする。【告示改正】

(参考)【平成30年度介護報酬改定】集合住宅居住者への訪問介護等に関する減算及び区分支給限度基準額の計算方法の見直し等

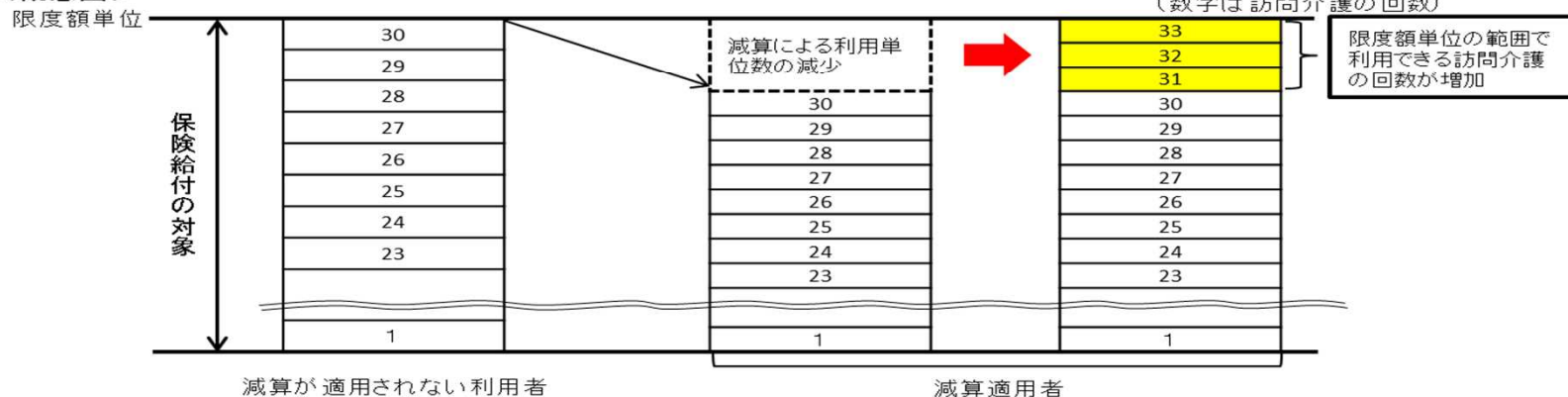
○ 集合住宅居住者の区分支給限度基準額を計算する際には、減算前の単位数を用いることとする。

(参考) 有料老人ホーム等の入居者が利用する訪問介護に係る介護給付費の算定について (抜粋)  
(平成29年10月19日付 会計検査院による意見表示)

<会計検査院が表示する意見 (抜粋)>

- 介護給付費の算定に当たり、限度額の設定方法及び同一建物減算の趣旨を踏まえて保険給付の公平性が確保されるようにするために、同一建物減算の適用の有無により介護保険として利用できる訪問介護の回数に差違が生ずることのないようにするための措置を講ずるよう意見を表示する。

<概念図>



# 通所介護等の区分支給限度基準額に係る給付管理の特例的な取扱い

- 通所介護、通所リハビリテーションの大規模型を利用する者の区分支給限度基準額の管理については、通常規模型を利用する者との公平性の観点から、通常規模型の単位数を用いることとする。
- 具体的には、以下のとおりとする。
  - ① 区分支給限度基準額管理の対象外の算定項目を除き、総単位数を計算する。
  - ② 基本報酬について、通常規模型にて計算した場合の単位数に置き換えた上で、区分支給限度基準額管理の対象外の算定項目を除き、総単位数を計算する。
  - ③ 区分支給限度基準額の管理においては、①の総単位数ではなく②の総単位数にて行う。

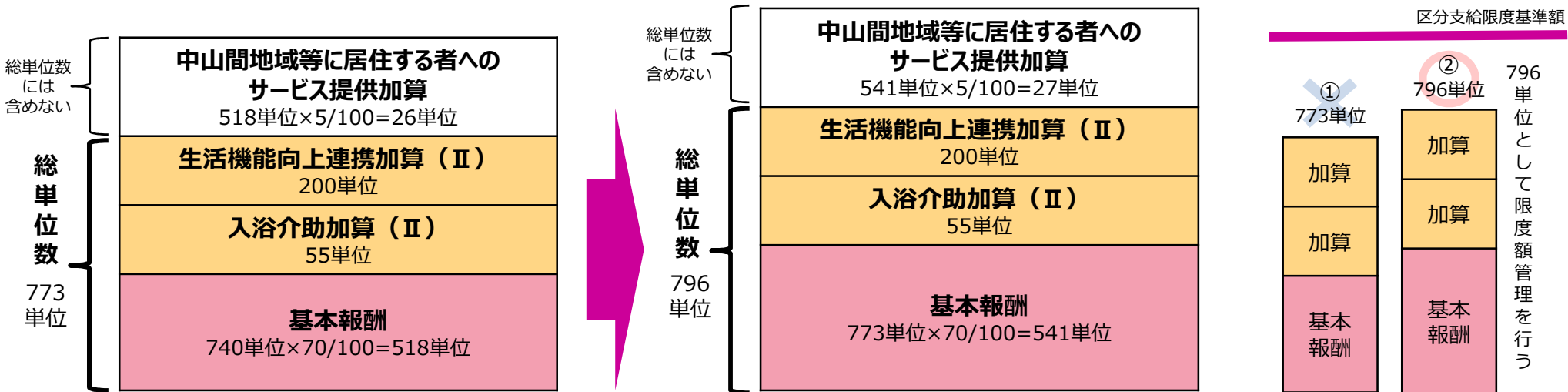
## (例) 通所介護の場合

前提：大規模型通所介護費（Ⅰ）、要介護2、7時間以上8時間未満、看護・介護職員の員数が基準に満たない場合であって、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、入浴介助加算（Ⅱ）、生活機能向上連携加算（Ⅱ）を算定している利用者

① 区分支給限度基準額管理対象外の算定項目を除き、総単位数を計算（この場合の総単位数は、773単位）

② 通常規模型にて計算した場合の単位数に置き換えた上で、区分支給限度基準額管理対象外の算定項目を除き、総単位数を計算（この場合の総単位数は、796単位）

③ 区分支給限度基準額の管理においては、②の総単位数にて行う



### 【参考】区分支給限度基準額管理の対象外の算定項目

感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所介護を行う場合、サービス提供体制強化加算、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算

# 多機能系サービスの区分支給限度基準額に係る給付管理の特例的な取扱い

- (看護) 小規模多機能型居宅介護 (介護予防を含む) の「同一建物に居住する者に対して行う場合」の報酬を算定する者の区分支給限度基準額の管理では、「同一建物に居住する者以外<sup>の者</sup>に対して行う場合」の報酬を算定する者との公平性の観点から、「同一建物に居住する者以外<sup>の者</sup>に対して行う場合」の単位数を用いることとする。
- 具体的には、以下のとおりとする。
  - ① 区分支給限度基準額管理の対象外の算定項目を除き、総単位数を計算する。
  - ② 基本報酬について、「同一建物に居住する者以外<sup>の者</sup>に対して行う場合」の単位数に置き換えた上で、区分支給限度基準額管理の対象外の算定項目を除き、総単位数を計算する。
  - ③ 区分支給限度基準額の管理においては、①の総単位数ではなく②の総単位数にて行う。

## (例) 小規模多機能型居宅介護の場合

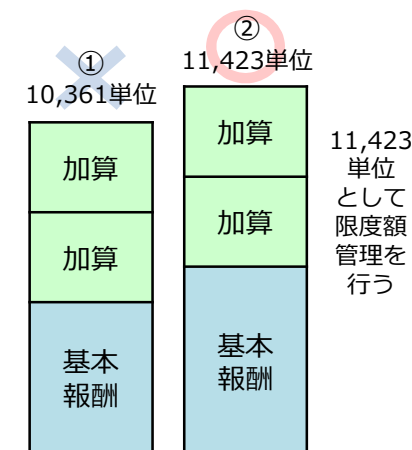
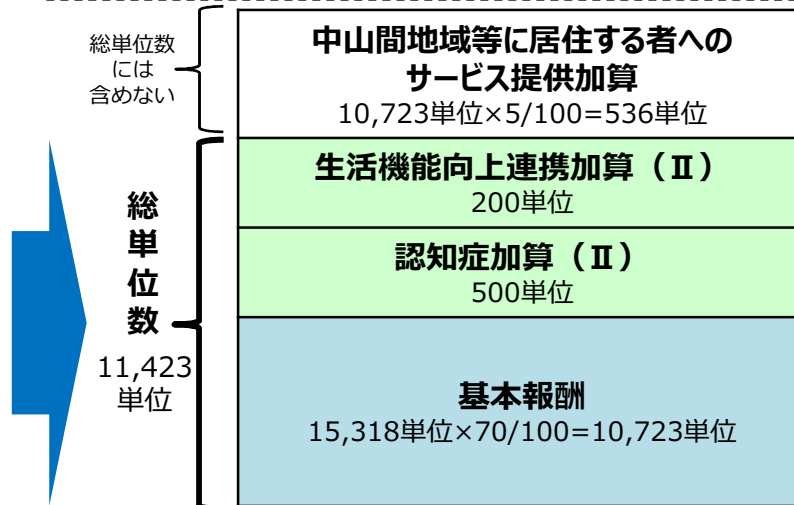
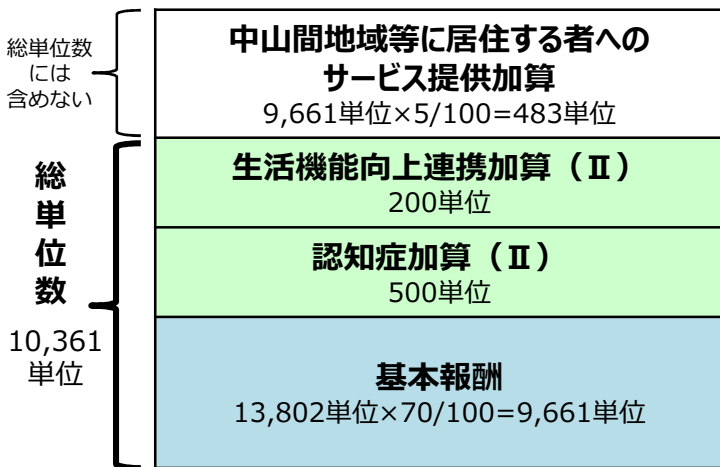
前提：同一建物に居住する者に対して行う場合、要介護2、従業者の員数が基準に満たない場合であって、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、認知症加算(Ⅱ)、生活機能向上連携加算(Ⅱ)を算定している利用者

① 区分支給限度基準額管理対象外の算定項目を除き、総単位数を計算 (この場合の総単位数は、10,361単位)

② 「同一建物に居住する者以外<sup>の者</sup>に対して行う場合」にて計算した場合の単位数に置き換えた上で、区分支給限度基準額管理対象外の算定項目を除き、総単位数を計算 (この場合の総単位数は、11,423単位)

③ 区分支給限度基準額の管理においては、②の総単位数にて行う

区分支給限度基準額



### 【参考】区分支給限度基準額管理の対象外の算定項目 (小多機の例)

特別地域小規模多機能型居宅介護加算、中山間地域等における小規模事業所加算、中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算、訪問体制強化加算、総合マネジメント体制強化加算、サービス提供体制強化加算、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算



# 通所系・多機能系サービスの給付管理の特例的な取扱いにかかる留意事項①

## ○給付管理の特例的な取り扱いにおける給付管理と介護保険対象単位数

### 1. 給付管理

居宅介護支援事業所等が月単位で作成する「サービス利用票別表」において、上述の方法により給付管理を行う。「サービス利用票別表」のうち「給付管理単位数」欄に給付管理を行う単位数（通所系サービスは通常規模型、多機能系サービスは同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合の単位数を算定する場合（以下「通常規模型等」という。）の単位数により算出）を記載し、区分支給限度基準額を超える額となる場合は、を超える回数までは保険給付の対象として限度額管理を行う。また、実際のサービス内容や単位数等（通所系サービスは大規模型、多機能系サービスは同一建物に居住する者に対して行う場合の単位数を算定する場合（以下「大規模型等」という。））については、従前のおり「サービス内容／種類」欄、「サービスコード」欄、「単位数」欄、「割引適用後」欄、「回数」欄、「サービス単位／金額」欄を用いて記載する。

### 2. 介護保険対象単位数

国保連合会を行う介護保険請求については居宅介護支援事業所等、サービス事業所（通所介護等）それぞれについて、別紙記載例を参考に以下の取扱いに留意すること。

#### i. 居宅介護支援事業所等

給付管理票の「計画単位数」欄について、給付管理を行う単位数（通常規模型等の単位数）で限度額管理を行った結果、介護保険給付の対象となった回数により実際に行われた単位数（大規模型等の単位数）で算出した単位数を記載する。

#### ii. サービス事業所（通所介護等）

請求明細書（様式2等）の「④計画単位数」欄について、iと同様に、給付管理を行う単位数（通常規模型等の単位数）で限度額管理が行われた結果を踏まえ、介護保険給付の対象となった回数により実際に行われた単位数（大規模型等の単位数）で算出した単位数を記載する。記載にあたっては特に居宅介護支援事業所等との連携をはかること。

## <給付管理表・請求明細書の記載イメージ>

### ●給付管理票（抜粋）

| 居宅サービス・介護予防サービス・総合事業 |                      |   |   |   |   |   |                                       |             |                |                          |      |   |   |   |   |   |   |   |
|----------------------|----------------------|---|---|---|---|---|---------------------------------------|-------------|----------------|--------------------------|------|---|---|---|---|---|---|---|
| サービス事業者の<br>事業所名     | 事業所番号<br>(県番号-事業所番号) |   |   |   |   |   | 指定/基準該当/<br>地域密着型/<br>サービス/<br>総合事業識別 | サービス<br>種類名 | サービスの<br>種類コード | 給付計画単位数                  |      |   |   |   |   |   |   |   |
| 〇〇事業所                | 9                    | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0                                     | 1           | 0              | 指定・基準該当<br>地域密着・<br>総合事業 | 通所介護 | 1 | 5 | 1 | 5 | 3 | 5 | 0 |

i. ケアマネが各サービス、事業所ごとに計画した支給限度基準額（単位数）

### ●請求明細書（抜粋）

| 給付<br>明細<br>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<br>回数 | 公費対象単位数 | 摘要 |
|---------------|--------------------|-------------|-----------|----|---------|-----------|---------|----|
| 通所介護Ⅲ 61      |                    | 1 5 4 8 1 1 | 6         |    |         |           |         |    |
| 請求<br>明細<br>欄 | ①サービス種類コード<br>/②名称 | 1 5 . .     |           |    |         |           |         |    |
|               | ③サービス末日            | 2 5 日       |           | 日  |         | 日         |         |    |
|               | ④計画単位数             |             | 1 5 3 5 0 |    |         |           |         |    |
|               | ⑤限度額管理対象単位数        |             | 1 5 3 5 0 |    |         |           |         |    |

ii. ケアマネから連携を受けた単位数

同じ単位数

# 通所系・多機能系サービスの給付管理の特例的な取扱いにかかる留意事項②

## ○給付管理単位数、区分支給限度基準内単位数、区分支給限度基準を超える単位数の考え方

### (1) 区分支給限度基準額、サービス単位／金額、給付管理単位数の算定

- ・区分支給限度基準額は、利用者の要介護度に応じて設定する。  
(例) 要介護1の場合、16,765単位
- ・サービス単位／金額は、「実際に利用したサービスの単位数×利用回数」によって算定する。  
(例) 大規模型通所介護費(Ⅱ)を算定する事業所が「8時間以上9時間未満」にて20回サービス提供をした場合、サービスコード(15-4811:通所介護Ⅲ61) 620単位×20回=12,400単位
- ・給付管理単位数の算定にあたっては、まず給付管理における上限回数を算定する。
- ・給付管理における上限回数は、「区分支給限度基準額÷通常規模型等の単位数」によって算定する。  
(例) 上記の場合、16,765単位÷666単位≒26回(小数点以下切り上げ)
- ・給付管理単位数は、以下のいずれに該当するかにより算定式が異なる。
  - ① 利用回数≦給付管理における上限回数の場合  
「通常規模型の単位数×利用回数」によって算定する。  
(例) 上記の場合、サービスコード(15-2446:通所介護Ⅰ61) 666単位×20回=13,320単位
  - ② 利用回数>給付管理における上限回数の場合  
「通常規模型の単位数×給付管理における上限回数+実際に利用したサービスの単位数×(利用回数-給付管理における上限回数)」によって算定する。  
(例) 要介護1、通常どおりのサービスコード(15-4811)、通常規模型のサービスコード(15-2446)、利用回数29回の場合  
666単位×26回+620×(29-26)回=19,176単位

### (2) 区分支給限度基準額との比較

- ・区分支給限度基準額と、(1)で算出したサービス単位／金額、給付管理単位数を比較し、以下のいずれに該当するか確認する。
  - ① 区分支給限度基準額≧サービス単位／金額  
区分支給限度基準額≧給付管理単位数
  - ② 区分支給限度基準額≧サービス単位／金額  
区分支給限度基準額<給付管理単位数
  - ③ 区分支給限度基準額<サービス単位／金額  
区分支給限度基準額<給付管理単位数

### (3) ①の場合の利用者負担(全額負担分)、区分支給限度基準内単位数

- ・利用者負担(全額負担分)は、発生しない。
- ・区分支給限度基準内単位数は、サービス単位／金額と同単位数となる。

### (4) ②と③の場合の区分支給限度基準内単位数、利用者負担(全額負担分)

- ・区分支給限度基準を超える単位数は、「給付管理単位数-区分支給限度基準額」によって算定する。
- ・区分支給限度基準内単位数は、「サービス単位／金額-区分支給限度基準を超える単位数」によって算定する。

# 通所系・多機能系サービスの給付管理の特例的な取扱いにかかる留意事項(例1)

(例1) 給付管理単位数・サービス単位／金額ともに区分支給限度基準額を超えないパターン 【別紙記載例1】

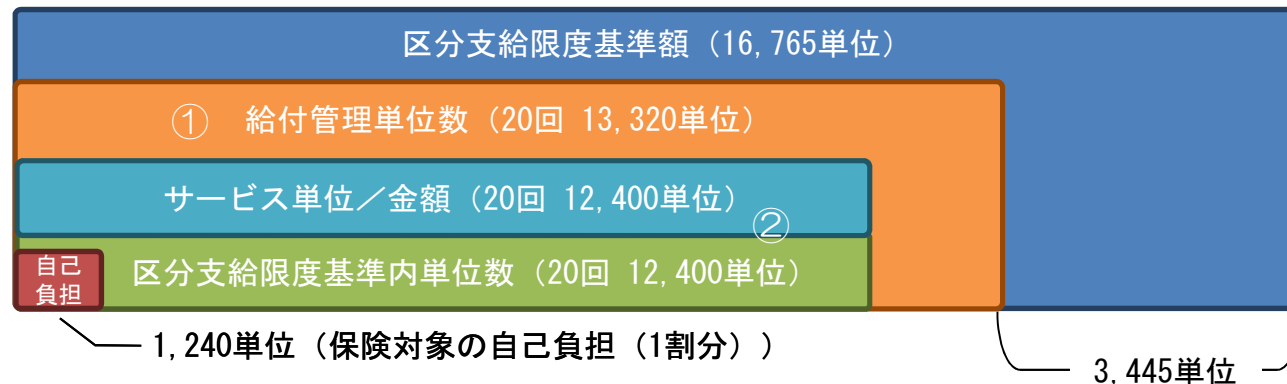
(前提)

- ・要介護1（区分支給限度基準額 16,765単位）の被保険者（1割負担）
- ・大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する通所介護事業所（通所介護Ⅲ 6 1 / 15-4811 / 620単位）を20回利用

(算定)

- ① 給付管理上は、通常規模型通所介護費（通所介護Ⅰ 6 1 / 15-2446 / 666単位）を用いるため、13,320単位（666単位×20回）を給付管理用の単位数として用いる。  
※ 区分支給限度基準額（16,765単位）から給付管理単位数（13,320単位）を控除した3,445単位はその他サービス利用時の限度額管理を行える枠となる。
- ② 区分支給限度基準内単位数の計算は、大規模型通所介護費（Ⅱ）（通所介護Ⅲ 6 1 / 15-4811 / 620単位）の単位数に保険給付の対象となる回数乗じるため、12,400単位（620単位×20回）を区分支給限度基準内単位数として用いる。  
（サービス単位／金額も同単位）

<イメージ>





# 通所系・多機能系サービスの給付管理の特例的な取扱いにかかる留意事項(例2)

(例2) 給付管理単位数が区分支給限度基準額を超え、サービス単位/金額が区分支給限度基準額を超えないパターン

【別紙記載例2】

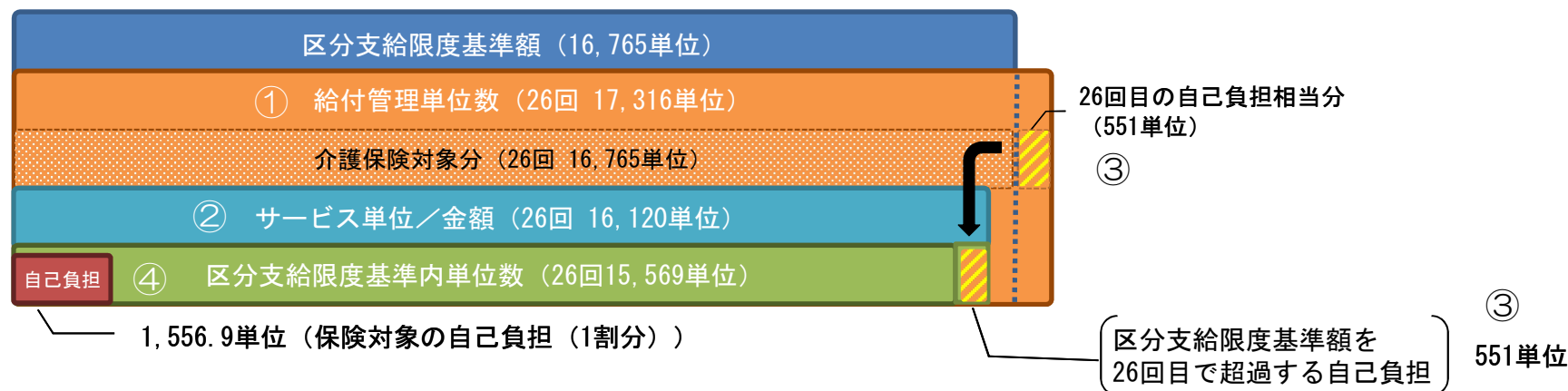
(前提)

- ・要介護1 (区分支給限度基準額 16,765単位) の被保険者 (1割負担)
- ・大規模型通所介護費 (Ⅱ) を算定する通所介護事業所 (通所介護Ⅲ 6 1 / 15-4811 / 620単位) を26回利用

(算定)

- ① 給付管理上は、通常規模型通所介護費 (通所介護Ⅰ 6 1 / 15-2446 / 666単位) を用いるため、17,316単位 (666単位×26回) を給付管理用の単位数として用いる。この時点で区分支給限度基準額を超えているため、他のサービスを利用する場合は保険給付の対象外 (自己負担) となる。
- ② サービス単位/金額の計算は、大規模型通所介護費 (Ⅱ) (通所介護Ⅲ 6 1 / 15-4811 / 620単位) の単位数に保険給付の対象となる回数に乗じるため、16,120単位 (620単位×26回) となる。
- ③ 区分支給限度基準額を超える単位数の計算に用いる回数は、25回では区分支給限度基準額を超えず16,650単位 (666単位×25回) となるため、26回までが給付管理における上限回数となる。そのため26回で区分支給限度基準額を超える551単位 (17,316単位-16,765単位) が自己負担となる。
- ④ 区分支給限度基準内単位数は、②で求めたサービス単位/金額 (16,120単位) から③で求めた区分支給限度基準額を超える単位数 (551単位) を控除して求めるため、15,569単位 (16,120単位-551単位) となる。

<イメージ>



# 通所系・多機能系サービスの給付管理の特例的な取扱いにかかる留意事項(例3)

(例3) 給付管理単位数・サービス単位／金額ともに区分支給限度基準額を超えるパターン【別紙記載例3】

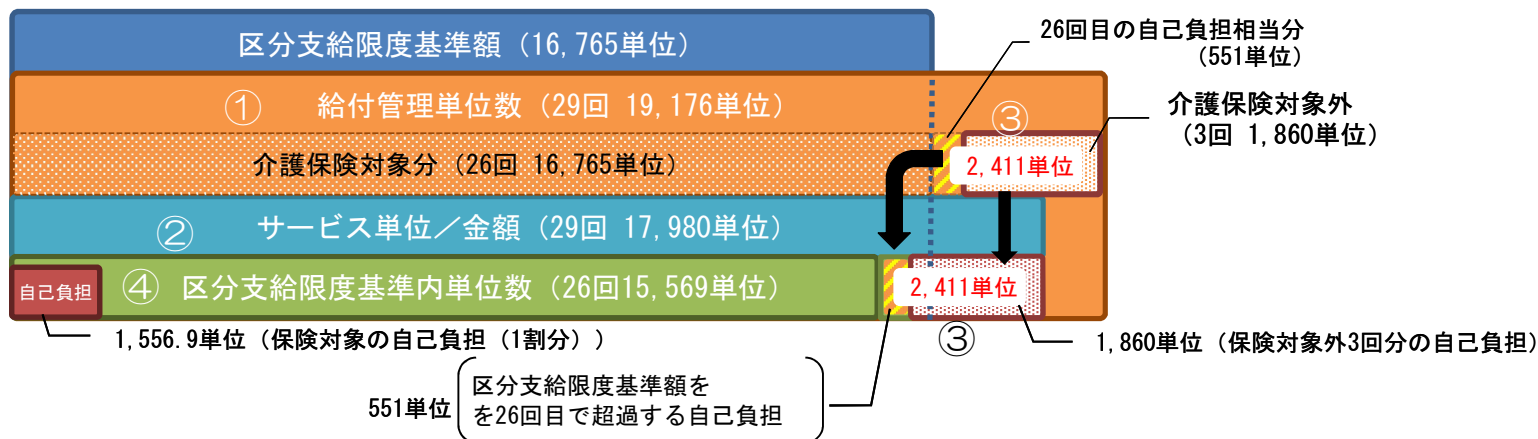
(前提)

- ・要介護1（区分支給限度基準額 16,765単位）の被保険者（1割負担）
- ・大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する通所介護事業所（通所介護Ⅲ 6 1 / 15-4811 / 620単位）を29回利用

(算定)

- ① 給付管理上は、通常規模型通所介護費（通所介護Ⅰ 6 1 / 15-2446 / 666単位）を用いるが、給付管理における保険給付対象を超えた回数分は、大規模型通所介護費（Ⅱ）（通所介護Ⅲ 6 1 / 15-4811 / 620単位）で算出した単位数を用いる。給付管理における保険対象となる回数（自己負担が初めて生じる回数）は区分支給限度基準額（16,765単位）を超える26回であるため、給付管理における保険給付対象は、17,316単位（666単位×26回）となる。保険給付対象を超えた全て自己負担となる回数分として、1,860単位（620単位×3回）となり、17,316単位と1,860単位を合算した19,176単位を給付管理用の単位数として用いる。
- ② サービス単位／金額の計算は、大規模型通所介護費（Ⅱ）（通所介護Ⅲ 6 1 / 15-4811 / 620単位）の単位数に実際にサービスを行った回数に乗じるため、17,980単位（620単位×29回）となる。
- ③ 区分支給限度基準額を超える単位数は、①で求めた給付管理単位数（19,176単位）から区分支給限度基準額（16,765単位）を控除して求めるため、2,411単位（19,176単位-16,765単位）となる。
- ④ 区分支給限度基準内単位数は、②で求めたサービス単位／金額（17,980単位）から③で求めた区分支給限度基準額を超える単位数（2,411単位）を控除して求めるため、15,569単位（17,980単位-2,411単位）となる。

<イメージ>



## IV 通所介護等の区分支給限度基準額に係る 給付管理の取扱い関係資料

## 通所介護等の区分支給限度基準額に係る給付管理の取扱いの留意事項 (通所系サービス、多機能系サービスの取扱い)

### ○通所介護等の区分支給限度基準額に係る給付管理の取扱いの概要

令和3年度介護報酬改定では、サービス利用者のサービス利用機会の公平性確保の観点から、給付額管理の計算に用いる単位数について、以下の計算方法を適用することとされた。

#### <対象サービス>通所介護、通所リハビリテーション

##### 【大規模型事業所の利用時】

通所介護、通所リハビリテーションの大規模型事業所を利用する利用者の給付額管理については、通常規模型の利用者との公平性の観点から、通常規模型の単位数を用いる。

※ 通所系サービス（通所介護、地域密着型通所介護、（介護予防）認知症対応型通所介護、（介護予防）通所リハビリテーション）における同一建物減算についても、公平性の観点から区分支給限度基準額管理対象外となるが、給付額管理の取扱いは他の区分支給限度基準額管理対象外の加算減算と同様に行う。

#### <対象サービス>（介護予防）小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護

##### 【同一建物に居住する者に対して行う場合】

多機能系サービスの同一建物に居住する者に対して行う場合の単位数を算定する利用者の給付額管理については、当該算定を行う利用者と、同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合の単位数を算定する利用者との公平性の観点から、同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合の単位数を用いる。

### ○上記給付管理の取扱いにおける給付管理と介護保険対象単位数

#### 1. 給付管理

居宅介護支援事業所等が月単位で作成する「サービス利用票別表」において、上述の方法により給付管理を行う。「サービス利用票別表」のうち「給付管理単位数」欄に給付管理を行う単位数（通所系サービスは通常規模型、多機能系サービスは同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合の単位数を算定する場合（以下「通常規模型等」という。）の単位数により算出）を記載し、区分支給限度基準額を超える額となる場合は、超える回数までは保険給付の対象として限度額管理を行う。また、実際のサービス内容や単位数等（通所系サービスは大規模型、多機能系サービスは同一建物に居住する者に対して行う場合の単位数を算定する場合（以下「大規模型等」という。））については、従前のおり「サービス内容／種類」欄、「サービスコード」欄、「単位数」欄、「割引適用後」欄、「回数」欄、「サービス単位／金額」欄を用いて記載する。

## 2. 介護保険対象単位数

国保連合会を行う介護保険請求については居宅介護支援事業所等、サービス事業所（通所介護等）それぞれについて、別紙記載例を参考に以下の取扱いに留意すること。

### i. 居宅介護支援事業所等

給付管理票の「計画単位数」欄について、給付管理を行う単位数（通常規模型等の単位数）で限度額管理を行った結果、介護保険給付の対象となった回数により実際に行われた単位数（大規模型等の単位数）で算出した単位数を記載する。

### ii. サービス事業所（通所介護等）

請求明細書（様式2等）の「④計画単位数」欄について、iと同様に、給付管理を行う単位数（通常規模型等の単位数）で限度額管理が行われた結果を踏まえ、介護保険給付の対象となった回数により実際に行われた単位数（大規模型等の単位数）で算出した単位数を記載する。記載にあたっては特に居宅介護支援事業所等との連携をはかること。

#### ●給付管理票（抜粋）

| 居宅サービス・介護予防サービス・総合事業 |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                       |                           |               |         |           |
|----------------------|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------------------------------|---------------------------|---------------|---------|-----------|
| サービス事業者の<br>事業所名     | 事業所番号<br>(県番号-事業所番号) |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定/基準該当/<br>地域密着型/<br>サービス/<br>総合事業識別 | サービス<br>種類名               | サービス<br>種類コード | 給付計画単位数 |           |
| 〇〇事業所                | 9                    | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0                                     | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業 | 通所介護          | 1 5     | 1 5 3 5 0 |

i. ケアマネが各サービス、事業所ごとに計画した支給限度基準額（単位数）

#### ●請求明細書（抜粋）

| 給付<br>表明<br>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<br>回数 | 公費対象単位数 | 摘要 |
|----------------|--------------------|-------------|-----------|----|---------|-----------|---------|----|
|                | 通所介護ⅢB1            | 1 5 4 8 1 1 | 6         |    |         |           |         |    |
| 請求<br>額集<br>計欄 | ①サービス種類コード/<br>②名称 | 1 5         |           |    |         |           |         |    |
|                | ③サービス末日数           | 2 5 日       |           |    |         |           |         |    |
|                | ④計画単位数             |             | 1 5 3 5 0 |    |         |           |         |    |
|                | ⑤限度額管理対象単位数        |             | 1 5 3 5 0 |    |         |           |         |    |

ii. ケアマネから連携を受けた単位数

同じ単位数

**【参考】給付管理単位数、区分支給限度基準内単位数、区分支給限度基準を超える単位数の考え方**

※ 以下の用語は、サービス利用票別表と対応するものである。

サービス単位／金額、給付管理単位数、区分支給限度基準内単位数、  
区分支給限度基準を超える単位数

(1) 区分支給限度基準額、サービス単位／金額、給付管理単位数の算定

- ・ 区分支給限度基準額は、利用者の要介護度に応じて設定する。

(例) 要介護1の場合、16,765 単位

- ・ サービス単位／金額は、「実際に利用したサービスの単位数×利用回数」によって算定する。

(例) 大規模型通所介護費(Ⅱ)を算定する事業所が「8時間以上9時間未満」にて20回サービス提供をした場合、

サービスコード(15-4811:通所介護Ⅲ61) 620 単位×20 回=12,400 単位

- ・ 給付管理単位数の算定にあたっては、まず給付管理における上限回数を算定する。

給付管理における上限回数は、「区分支給限度基準額÷通常規模型等の単位数」によって算定する。

(例) 上記の場合、16,765 単位÷666 単位÷26 回(小数点以下切り上げ)

- ・ 給付管理単位数は、以下のいずれに該当するかにより算定式が異なる。

① 利用回数≤給付管理における上限回数の場合

「通常規模型の単位数×利用回数」によって算定する。

(例) 上記の場合、

サービスコード(15-2446:通所介護Ⅰ61) 666 単位×20 回=13,320 単位

② 利用回数>給付管理における上限回数の場合

「通常規模型の単位数×給付管理における上限回数+実際に利用したサービスの単位数×(利用回数-給付管理における上限回数)」によって算定する。

(例) 要介護1、通常どおりのサービスコード(15-4811)、通常規模型のサービスコード(15-2446)、利用回数29回の場合

666 単位×26 回+620×(29-26) 回=19,176 単位

(2) 区分支給限度基準額との比較

- ・ 区分支給限度基準額と、(1)で算出したサービス単位／金額、給付管理単位数を比較し、以下のいずれに該当するか確認する。

① 区分支給限度基準額≥サービス単位／金額

区分支給限度基準額≥給付管理単位数

② 区分支給限度基準額≥サービス単位／金額

区分支給限度基準額<給付管理単位数

③ 区分支給限度基準額<サービス単位／金額

区分支給限度基準額<給付管理単位数

(3) ①の場合の利用者負担(全額負担分)、区分支給限度基準内単位数

- ・ 利用者負担(全額負担分)は、発生しない。
- ・ 区分支給限度基準内単位数は、サービス単位／金額と同単位数となる。



(4) ②と③の場合の区分支給限度基準内単位数、利用者負担（全額負担分）

- ・ 区分支給限度基準を超える単位数は、「給付管理単位数－区分支給限度基準額」によって算定する。
- ・ 区分支給限度基準内単位数は、「サービス単位／金額－区分支給限度基準を超える単位数」によって算定する。

i. 給付管理単位数・サービス単位／金額ともに区分支給限度基準額を超えないパターン【別紙記載例1】

- ・ 要介護1（区分支給限度基準額 16,765 単位）の被保険者（1割負担）
- ・ 大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する通所介護事業所（通所介護Ⅲ 6 1 / 15-4811 / 620 単位）を20回利用



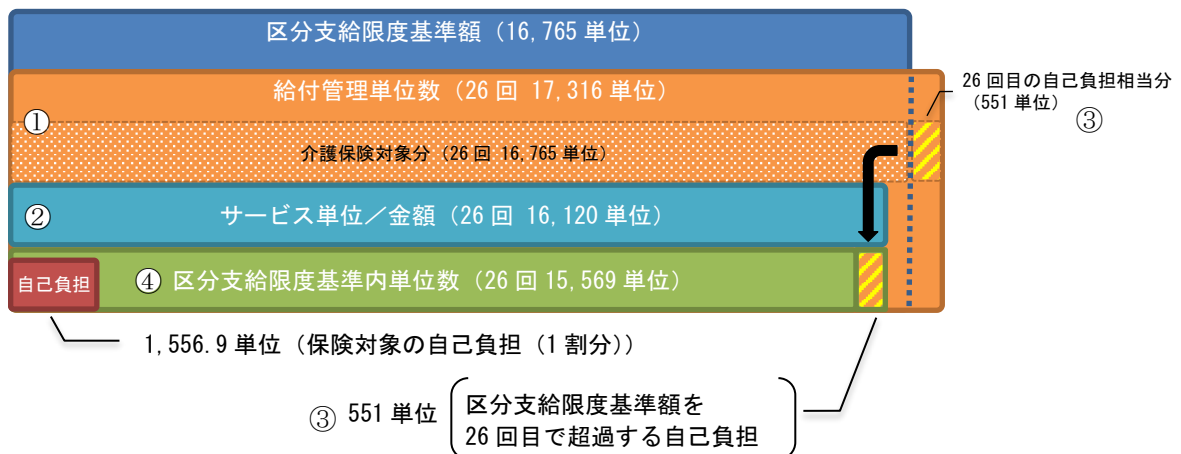
①給付管理上は、通常規模型通所介護費（通所介護Ⅰ 6 1 / 15-2446 / 666 単位）を用いるため、13,320 単位（666 単位×20 回）を給付管理用の単位数として用いる。

※区分支給限度基準額（16,765 単位）から給付管理単位数（13,320 単位）を控除した 3,445 単位はその他サービス利用時の限度額管理を行える枠となる。

②区分支給限度基準内単位数の計算は、大規模型通所介護費（Ⅱ）（通所介護Ⅲ 6 1 / 15-4811 / 620 単位）の単位数に保険給付の対象となる回数に乗じるため、12,400 単位（620 単位×20 回）を区分支給限度基準内単位数として用いる。（サービス単位／金額も同単位）

ii. 給付管理単位数が区分支給限度基準額を超え、サービス単位／金額が区分支給限度基準額を超えないパターン【別紙記載例2】

- ・ 要介護1（区分支給限度基準額 16,765 単位）の被保険者（1割負担）
- ・ 大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する通所介護事業所（通所介護Ⅲ 6 1 / 15-4811 / 620 単位）を26回利用



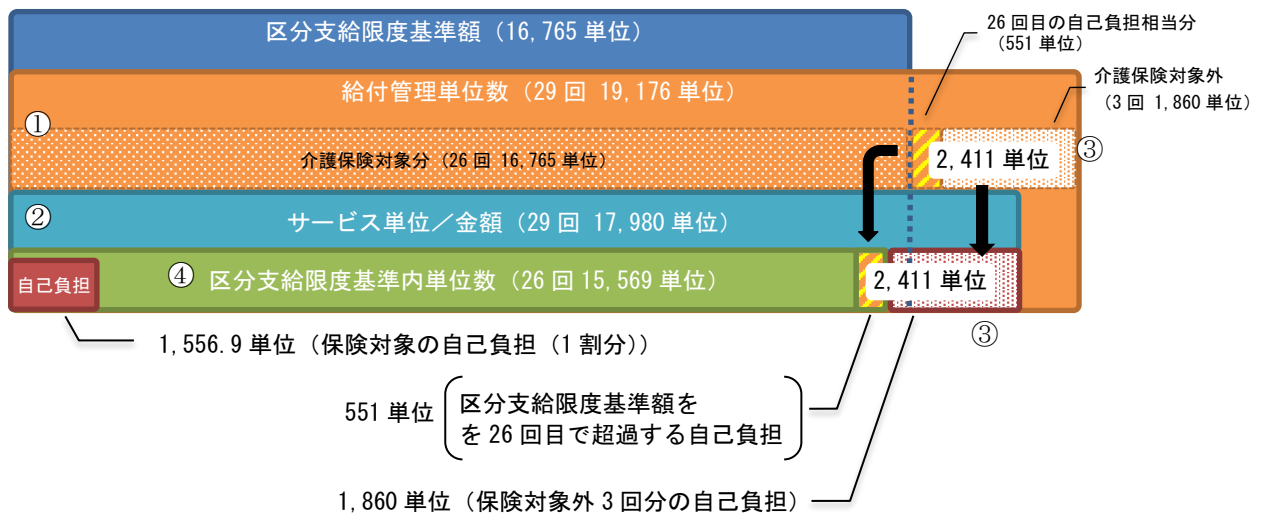
①給付管理上は、通常規模型通所介護費（通所介護Ⅰ 6 1 / 15-2446 / 666 単位）を用いるため、

17,316 単位（666 単位×26 回）を給付管理用の単位数として用いる。この時点で区分支給限度基準額を超えているため、他のサービスを利用する場合は保険給付の対象外（自己負担）となる。

- ②サービス単位／金額の計算は、大規模型通所介護費（Ⅱ）（通所介護Ⅲ 6 1 /15-4811 /620 単位）の単位数に保険給付の対象となる回数に乗じるため、16, 120 単位（620 単位×26 回）となる。
- ③区分支給限度基準額を超える単位数の計算に用いる回数は、25 回では区分支給限度基準額を超えず 16, 650 単位（666 単位×25 回）となるため、26 回までが給付管理における上限回数となる。そのため 26 回で区分支給限度基準額を超える 551 単位（17, 316 単位-16, 765 単位）が自己負担となる。
- ④区分支給限度基準内単位数は、②で求めたサービス単位／金額（16, 120 単位）から③で求めた区分支給限度基準額を超える単位数（551 単位）を控除して求めるため、15, 569 単位（16, 120 単位-551 単位）となる。

iii. 給付管理単位数・サービス単位／金額ともに区分支給限度基準額を超えるパターン【別紙記載例 3】

- ・要介護 1（区分支給限度基準額 16, 765 単位）の被保険者（1 割負担）
- ・大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する通所介護事業所（通所介護Ⅲ 6 1 /15-4811 /620 単位）を 29 回利用



- ①給付管理上は、通常規模型通所介護費（通所介護Ⅰ 6 1 /15-2446 /666 単位）を用いるが、給付管理における保険給付対象を超えた回数分は、大規模型通所介護費（Ⅱ）（通所介護Ⅲ 6 1 /15-4811 /620 単位）で算出した単位数を用いる。給付管理における保険対象となる回数（自己負担が初めて生じる回数）は区分支給限度基準額（16, 765 単位）を超える 26 回であるため、給付管理における保険給付対象は、17, 316 単位（666 単位×26 回）となる。保険給付対象を超えた全て自己負担となる回数分として 1, 860 単位（620 単位×3 回）となり、17, 316 単位と 1, 860 単位を合算した 19, 176 単位を給付管理用の単位数として用いる。
- ②サービス単位／金額の計算は、大規模型通所介護費（Ⅱ）（通所介護Ⅲ 6 1 /15-4811 /620 単位）の単位数に実際にサービスを行った回数に乗じるため、17, 980 単位（620 単位×29 回）となる。
- ③区分支給限度基準額を超える単位数は、①で求めた給付管理単位数（19, 176 単位）から区分支給限度基準額（16, 765 単位）を控除して求めるため、2, 411 単位（19, 176 単位-16, 765 単位）となる。
- ④区分支給限度基準内単位数は、②で求めたサービス単位／金額（17, 980 単位）から③で求めた区分支給限度基準額を超える単位数（2, 411 単位）を控除して求めるため、15, 569 単位（17, 980 単位-2, 411 単位）となる。

<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           | 記載例 | 種別<br>(※)  | 説明  |
|-----|--------------|-----|--|---|
| 1   | 給付管理の特例的な取扱い | 例1  | 別表   | 給付管理単位数・サービス単位/金額ともに区分支給限度基準額を超えないパターン。<br>(通所介護サービスの大規模型通所介護費(Ⅱ)を算定する場合)                             |
| 給   |              |     |  |   |
|     |              |     | 請  |   |
| 2   |              | 例2  | 別表   | 給付管理単位数が区分支給限度基準額を超え、サービス単位/金額が区分支給限度基準額を超えないパターン。<br>(通所介護サービスの大規模型通所介護費(Ⅱ)を算定する場合)                  |
| 給   |              |     |  |   |
|     |              |     | 請  |   |
| 3   |              | 例3  | 別表   | 給付管理単位数・サービス単位/金額ともに区分支給限度基準額を超えるパターン。<br>(通所介護サービスの大規模型通所介護費(Ⅱ)を算定する場合)                              |
| 給   |              |     |  |   |
|     |              |     | 請  |   |
| 4   |              | 例4  | 別表   | 給付管理単位数・サービス単位/金額ともに区分支給限度基準額を超えないパターン。<br>(小規模多機能型居宅介護サービスの小規模多機能型居宅介護費(2)同一建物に居住する者に対して行う場合を算定する場合) |
| 給   |              |     |  |   |
|     |              |     | 請  |   |
| 5   |              | 例5  | 別表   | 給付管理単位数・サービス単位/金額ともに区分支給限度基準額を超えるパターン。<br>(小規模多機能型居宅介護サービスの小規模多機能型居宅介護費(2)同一建物に居住する者に対して行う場合を算定する場合)  |
| 給   |              |     |  |   |
|     |              |     | 請  |   |
|     |              |     | 請  |   |
| 6   |              | 例6  | 別表   | 給付管理単位数・サービス単位/金額ともに区分支給限度基準額を超えるパターン。<br>(通所介護サービスの大規模型通所介護費(Ⅱ)を複数のサービス提供時間で算定する場合)                  |
| 給   |              |     |  |   |
|     | 請            |     |  |   |
| 7   | 例7           | 別表  | 給付管理単位数・サービス単位/金額ともに区分支給限度基準額を超えるパターン。<br>(複数の加算を含む通所介護サービスの大規模型通所介護費(Ⅱ)を算定する場合)<br>※令和3年9月30日までの上乗せ分を含む例          |   |
| 給   |              |     |  |   |
|     |              | 請   |  |   |
| 8   | 例8           | 別表  | 事業所が割引を行っていて、区分支給限度基準額を超えるパターン。超過分は通所介護サービス分を自費とする<br>(通所介護サービスの大規模型通所介護費(Ⅱ)+訪問介護費を算定する場合)                         |   |
| 給   |              |     |  |   |
|     |              | 請   |  |   |
|     |              | 請   |  |   |
| 9   | 例9           | 別表  | 複数サービス事業所を使用しており、大規模型通所介護事業所で給付管理単位数が区分支給限度基準額を超えるパターン。<br>(通所介護サービスの大規模型通所介護費(Ⅱ)を算定する場合)<br>※令和3年9月30日までの上乗せ分を含む例 |   |
| 給   |              |     |  |   |
|     |              | 請   |  |   |
|     |              | 請   |  |   |

| No. | 項目           | 記載例 | 種別<br>(※) | 説明   |
|-----|--------------|-----|-----------|--|
| 10  | 給付管理の特例的な取扱い | 例10 | 別表        | 複数サービス事業所を使用しており、大規模型通所介護事業所で給付管理単位数が区分支給限度基準額を超えるパターン。<br>(通所介護サービスの大規模型通所介護費(Ⅱ)を算定する場合)<br>※令和3年9月30日までの上乗せ分を含む例 |
|     |              |     | 給         |  |
|     |              |     | 請         |  |
|     |              |     | 請         |  |

※種別については以下のとおりとする

別表・・・サービス利用票別表      給・・・給付管理票      請・・・請求明細書

●本記載例における、要支援・要介護状態区分等、市町村が定める区分支給限度基準額は以下のとおり

要支援・要介護状態区分等：要介護 1

区分支給限度基準額（単位）：16,765 単位

### 記載例 1

給付管理単位数・サービス単位/金額ともに区分支給限度基準額を超えないパターン。  
 （通所介護サービスの大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する場合）

## サービス利用票別表

### 区分支給限度管理・利用者負担計算

| 事業所名  | 事業所番号      | サービス内容/種類 | サービスコード | 単位数 | 割引後           |     | 回数     | サービス単位/金額 | 給付管理単位数 | 種類支給限度基準を超える単位数 | 種類支給限度基準内単位数 | 区分支給限度基準を超える単位数 | 区分支給限度基準内単位数 | 単位数単価 | 費用総額<br>保険/事業対象分 | 給付率<br>(%) | 保険/事業費<br>請求額 | 定額利用者負担<br>単価金額 | 利用者負担<br>保険/事業対象分 | 利用者負担<br>(金額負担分) |
|-------|------------|-----------|---------|-----|---------------|-----|--------|-----------|---------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-------|------------------|------------|---------------|-----------------|-------------------|------------------|
|       |            |           |         |     | 率%            | 単位数 |        |           |         |                 |              |                 |              |       |                  |            |               |                 |                   |                  |
| 〇〇事業所 | 9070000010 | 通所介護Ⅲ 6 1 | 154811  | 620 |               |     | 20     | 12,400    | 13,320  |                 |              |                 | 12,400       | 10.00 | 124,000          | 90         | 111,600       |                 | 12,400            |                  |
|       |            |           |         |     | 区分支給限度基準額（単位） |     | 16,765 | 合計        | 12,400  | 13,320          |              |                 | 12,400       |       | 124,000          |            | 111,600       |                 | 12,400            |                  |

②大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する事業所がサービスを行うため、「区分支給限度基準内単位数」以外の項目は、大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）で算出した単位数、金額を記載する。  
**・620 単位（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）×20 回 = 12,400 単位**

①「給付管理単位数」は、サービス提供する通所介護事業所が大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する事業所の場合でも、通常規模型通所介護費のサービスコード（15-2446：通所介護Ⅰ 6 1）で算出した単位数を記載する。  
**・666 単位（15-2446：通所介護Ⅰ 6 1）×20 回 = 13,320 単位**

### 種類別支給限度管理

| サービス種類 | 種類支給限度基準額（単位） | 合計単位数 | 種類支給限度基準を超える単位数 | サービス種類 | 種類支給限度基準額（単位） | 合計単位数 | 種類支給限度基準を超える単位数 |
|--------|---------------|-------|-----------------|--------|---------------|-------|-----------------|
|        |               |       |                 |        |               |       |                 |
|        |               |       |                 |        |               |       |                 |
|        |               |       |                 |        |               |       |                 |
|        |               |       |                 | 合計     |               |       |                 |

### 要介護認定期間中の短期入所利用日数

| 前月までの利用日数 | 当月の計画利用日数 | 累計利用日数 |
|-----------|-----------|--------|
|           |           |        |

様式第十一（附則第二条関係）

給付管理票（令和 3 年 10 月分）

|                                     |   |   |     |   |   |                                |       |  |               |  |  |
|-------------------------------------|---|---|-----|---|---|--------------------------------|-------|--|---------------|--|--|
| 保険者番号                               |   |   |     |   |   | 保険者名                           |       |  |               |  |  |
| 9                                   | 0 | 1 | 0   | 0 | 1 | □□市                            |       |  |               |  |  |
| 被保険者番号                              |   |   |     |   |   | 被保険者氏名                         |       |  |               |  |  |
| 0                                   | 0 | 0 | 0   | 0 | 0 | フリガナ                           | カゴ 仔吋 |  |               |  |  |
| 0                                   | 0 | 0 | 0   | 0 | 1 | 介護 一郎                          |       |  |               |  |  |
| 生年月日                                |   |   | 性別  |   |   | 要支援・要介護状態区分等                   |       |  |               |  |  |
| 明・大 昭<br>30年 3月 3日                  |   |   | 男・女 |   |   | 事業対象者 要支援 1・2<br>要介護 1 2・3・4・5 |       |  |               |  |  |
| 居宅サービス・介護予防サービス・<br>総合事業<br>支給限度基準額 |   |   |     |   |   | 限度額適用期間                        |       |  |               |  |  |
| 16,765 単位/月                         |   |   |     |   |   | 1.平成<br>2.令和 3年 4月             |       |  | ~ 令和<br>4年 3月 |  |  |

|  |             |  |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--|-------------|--|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 作成区分   |             |  |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 1. 居宅介護支援事業者作成<br>2. 被保険者自己作成<br>3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成 |             |  |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 居宅介護/介護予防<br>支援事業所番号                                       |             |  | 9            | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| 担当介護支援専門員番号  |             |  | 9            | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |   |
| 居宅介護/介護予防<br>支援事業者の事業所名                                    |             |  | 〇〇居宅介護支援事業所  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 支援事業者の<br>事業所所在地及び連絡先                                      |             |  | 099-111-1111 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 委託<br>した<br>場合   | 委託先の支援事業所番号 |  |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  | 介護支援専門員番号   |  |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

| 居宅サービス・介護予防サービス・総合事業   |                      |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         |                           |      |   |   |   |   |   |   |   |
|--|----------------------|---|---|---|---|---|--------------------------------------|-------------|---------------|---------|---------------------------|------|---|---|---|---|---|---|---|
| サービス事業者の<br>事業所名   | 事業所番号<br>(県番号-事業所番号) |   |   |   |   |   | 指定/基準該当/<br>地域密着型<br>サービス/<br>総合事業識別 | サービス<br>種類名 | サービス<br>種類コード | 給付計画単位数 |                           |      |   |   |   |   |   |   |   |
| 〇〇事業所  | 9                    | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0                                    | 0           | 1             | 0       | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業 | 通所介護 | 1 | 5 | 1 | 2 | 4 | 0 | 0 |
|  |                      |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業 |      |   |   |   |   |   |   |   |
|  |                      |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         | 指定・基準該当・                  |      |   |   |   |   |   |   |   |
| <p>サービス利用票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。(従来通り。)</p> <p>※通常規模型で給付管理をした結果、介護給付の対象となる大規模型通所介護費（Ⅱ）<br/>のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）で算出した計画単位数が入力される。</p> |                      |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         |                           |      |   |   |   |   |   |   |   |
|  |                      |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         | 地域密着<br>総合事業              |      |   |   |   |   |   |   |   |
|  |                      |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業 |      |   |   |   |   |   |   |   |
|  |                      |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業 |      |   |   |   |   |   |   |   |
|  |                      |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業 |      |   |   |   |   |   |   |   |
|  |                      |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業 |      |   |   |   |   |   |   |   |
|  |                      |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業 |      |   |   |   |   |   |   |   |
|  |                      |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業 |      |   |   |   |   |   |   |   |
|  |                      |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業 |      |   |   |   |   |   |   |   |
|  |                      |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業 |      |   |   |   |   |   |   |   |
|  |                      |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業 |      |   |   |   |   |   |   |   |
|  |                      |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業 |      |   |   |   |   |   |   |   |
| 合計   |                      |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         |                           |      |   |   |   |   |   |   |   |



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）

|         |         |                              |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|---------|---------|------------------------------|------|------|----|-----|-----|----|---|---|----|
| 公費負担者番号 |         | 令和                           | 0    | 3    | 年  | 1   | 0   | 月分 |   |   |    |
| 公費受給者番号 |         | 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   | 1  | 1 | 1 | 1  |
|         | (フリガナ)  | カゴ 伊助                        |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 氏名      | 介護 一郎                        |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 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  | 1.平成    | 0                            | 3    | 年    | 0  | 4   | 月   | 0  | 1 | 日 | から |
|         | 2.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    | 7    | 0  | 0   | 0   | 0  | 0 | 1 | 0  |
|         | 事業所名称   | 〇〇事業所                        |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 所在地     | 〒999-9999<br>〇〇県〇〇市△△町 1-1-1 |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 連絡先     | 電話番号 099-111-1111            |      |      |    |     |     |    |   |   |    |

|          |   |             |   |   |   |   |   |       |    |   |   |       |             |  |   |
|----------|---|-------------|---|---|---|---|---|-------|----|---|---|-------|-------------|--|---|
| 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   | 9           | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0     | 1  | 1 | 0 | 事業所名称 | 〇〇居宅介護支援事業所 |  |   |
| 開始年月日    | 1.平成  |             | 年 |   | 月 |   | 日 | 中止年月日 | 令和 |   | 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 |             |   |   |   |   |   |       |    |   |   |       |             |  |   |

| 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 |
|---|-------------|-------|-----|-----------|-------|---------|----|
| 通所介護Ⅲ 6 1   | 1 5 4 8 1 1 | 6 2 0 | 2 0 | 1 2 4 0 0 |       |         |    |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">                     大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する事業所がサービスを行ったため、請求する際は大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）で請求する。                 </div> |             |       |     |           |       |         |    |

| 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      | 1 5         |      |  |      |  |      |             |    |
|        | ③サービス実日数            | 2 0         | 日    |  | 日    |  | 日    |             |    |
|        | ④計画単位数              | 1 2 4 0 0   |      |  |      |  |      |             |    |
|        | ⑤限度額管理対象単位数         | 1 2 4 0 0   |      |  |      |  |      |             |    |
|        | ⑥限度額管理対象外単位数        |             | 0    |  |      |  |      | 給付率（/100）   |    |
|        | ⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥ | 1 2 4 0 0   |      |  |      |  |      | 保険 9 0      |    |
|        | ⑧公費分単位数             |             | 0    |  |      |  |      | 公費          |    |
|        | ⑨単位数単価              | 1 0 0 0     | 円／単位 |  | 円／単位 |  | 円／単位 | 円／単位        | 合計 |
|        | ⑩保険請求額              | 1 1 1 6 0 0 |      |  |      |  |      | 1 1 1 6 0 0 |    |
|        | ⑪利用者負担額             | 1 2 4 0 0   |      |  |      |  |      | 1 2 4 0 0   |    |
|        | 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 |
|               |     |  |   |                  |        |              |    |

●本記載例における、要支援・要介護状態区分等、市町村が定める区分支給限度基準額は以下のとおり

要支援・要介護状態区分等：要介護 1

区分支給限度基準額（単位）：16,765 単位

記載例 2

給付管理単位数が区分支給限度基準額を超え、サービス単位/金額が区分支給限度基準額を超えないパターン。

（通所介護サービスの大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する場合

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

| 事業所名  | 事業所番号     | サービス内容/種類 | サービスコード | 単位数           | 割引後    |     | 回数 | サービス単位/金額 | 給付管理単位数 | 種類支給限度基準を超える単位数 | 種類支給限度基準内単位数 | 区分支給限度基準を超える単位数 | 区分支給限度基準内単位数 | 単位数単価 | 費用総額<br>保険/事業対象分 | 給付率<br>(%) | 保険/事業費<br>請求額 | 定額利用者負担<br>単価金額 | 利用者負担<br>保険/事業対象分 | 利用者負担<br>(金額負担分) |
|---|-----------|-----------|---------|---------------|--------|-----|----|-----------|---------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-------|------------------|------------|---------------|-----------------|-------------------|------------------|
|   |           |           |         |               | 率%     | 単位数 |    |           |         |                 |              |                 |              |       |                  |            |               |                 |                   |                  |
| 〇〇事業所   | 907000010 | 通所介護Ⅲ 6 1 | 154811  | 620           |        |     | 26 | 16,120    | 17,316  |                 |              | 551             | 15,569       | 10.00 | 155,690          | 90         | 140,121       |                 | 15,569            | 5,510            |
| <p>②大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する事業所がサービスを行うため、「区分支給限度基準内単位数」以外の項目は、大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）で算出した単位数、金額を記載する。<br/> <b>・620 単位（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）×26 回 = 16,120 単位</b></p>          |           |           |         |               |        |     |    |           |         |                 |              |                 |              |       |                  |            |               |                 |                   |                  |
| <p>①「給付管理単位数」は、サービス提供する通所介護事業所が大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する事業所の場合でも、通常規模型通所介護費のサービスコード（15-2446：通所介護Ⅰ 6 1）で算出した単位数を記載する。この単位数で給付管理する。<br/> <b>・666 単位（15-2446：通所介護Ⅰ 6 1）×26 回 = 17,316 単位</b></p> |           |           |         |               |        |     |    |           |         |                 |              |                 |              |       |                  |            |               |                 |                   |                  |
| <p>④「区分支給限度基準内単位数」は、「サービス単位/金額」から「区分支給限度基準を超える単位数」を差し引いた単位数を記載する。<br/> <b>・16,120 単位（サービス単位/金額） - 551 単位（区分支給限度基準を超える単位数） = 15,569 単位</b></p>   |           |           |         |               |        |     |    |           |         |                 |              |                 |              |       |                  |            |               |                 |                   |                  |
| <p>③「区分支給限度基準を超える単位数」は、給付管理単位数が区分支給限度基準額（単位数）を超える単位数を記載する。<br/> <b>・17,316 単位（給付管理単位数） - 16,765 単位（区分支給限度基準額（単位）） = 551 単位</b></p>  |           |           |         |               |        |     |    |           |         |                 |              |                 |              |       |                  |            |               |                 |                   |                  |
|   |           |           |         | 区分支給限度基準額（単位） | 16,765 |     | 合計 | 16,120    | 17,316  |                 |              | 551             | 15,569       |       | 155,690          |            | 140,121       |                 | 15,569            | 5,510            |

種類別支給限度管理

| サービス種類 | 種類支給限度基準額（単位） | 合計単位数 | 種類支給限度基準を超える単位数 | サービス種類 | 種類支給限度基準額（単位） | 合計単位数 | 種類支給限度基準を超える単位数 |
|--------|---------------|-------|-----------------|--------|---------------|-------|-----------------|
|        |               |       |                 |        |               |       |                 |
|        |               |       |                 |        |               |       |                 |
|        |               |       |                 |        |               |       |                 |
|        |               |       |                 | 合計     |               |       |                 |

要介護認定期間中の短期入所利用日数

| 前月までの利用日数 | 当月の計画利用日数 | 累計利用日数 |
|-----------|-----------|--------|
|           |           |        |



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）

|         |         |                              |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|---------|---------|------------------------------|------|------|----|-----|-----|----|---|---|----|
| 公費負担者番号 |         | 令和                           | 0    | 3    | 年  | 1   | 0   | 月分 |   |   |    |
| 公費受給者番号 |         | 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   | 1  | 1 | 1 | 1  |
|         | (フリガナ)  | カゴ 伊助                        |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 氏名      | 介護 一郎                        |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 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  | 1.平成    | 0                            | 3    | 年    | 0  | 4   | 月   | 0  | 1 | 日 | から |
|         | 2.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    | 7    | 0  | 0   | 0   | 0  | 0 | 1 | 0  |
|         | 事業所名称   | 〇〇事業所                        |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 所在地     | 〒999-9999<br>〇〇県〇〇市△△町 1-1-1 |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 連絡先     | 電話番号 099-111-1111            |      |      |    |     |     |    |   |   |    |

|          |   |             |   |   |   |   |   |   |   |   |       |    |  |  |   |  |  |   |  |  |   |
|----------|---|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|----|--|--|---|--|--|---|--|--|---|
| 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   | 9           | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0     |    |  |  |   |  |  |   |  |  |   |
|          | 事業所名称   | 〇〇居宅介護支援事業所 |   |   |   |   |   |   |   |   |       |    |  |  |   |  |  |   |  |  |   |
| 開始年月日    | 1.平成  |             |   | 年 |   |   | 月 |   |   | 日 | 中止年月日 | 令和 |  |  | 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 |             |   |   |   |   |   |   |   |   |       |    |  |  |   |  |  |   |  |  |   |

| 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 |
|---|-------------|-------|-----|-----------|-------|---------|----|
| 通所介護Ⅲ 6 1   | 1 5 4 8 1 1 | 6 2 0 | 2 6 | 1 6 1 2 0 |       |         |    |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">                     大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する事業所がサービスを行ったため、請求する際は大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）で請求する。                 </div> |             |       |     |           |       |         |    |

| 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 | 公費対象単位数 | 施設所在保険者番号 | 摘要 |
|---|---------|-----|----|---------|---------|-----------|----|
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">                     サービス提供票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。（従来通り。）<br/>                     ※通常規模型で給付管理が行われた結果を踏まえ、介護給付の対象となる大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）で算出した計画単位数を記載する。                 </div> |         |     |    |         |         |           |    |

|        |                     |             |      |  |      |  |      |  |             |     |
|--------|---------------------|-------------|------|--|------|--|------|--|-------------|-----|
| 請求額集計欄 | ①サービス種類コード／②名称      | 1 5         |      |  |      |  |      |  |             |     |
|        | ③サービス実日数            | 2 6         | 日    |  |      |  |      |  |             |     |
|        | ④計画単位数              | 1 5 5 6 9   |      |  |      |  |      |  |             |     |
|        | ⑤限度額管理対象単位数         | 1 6 1 2 0   |      |  |      |  |      |  |             |     |
|        | ⑥限度額管理対象外単位数        |             | 0    |  |      |  |      |  | 給付率（/100）   |     |
|        | ⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥ | 1 5 5 6 9   |      |  |      |  |      |  | 保険          | 9 0 |
|        | ⑧公費分単位数             |             | 0    |  |      |  |      |  | 公費          |     |
|        | ⑨単位数単価              | 1 0 0 0     | 円／単位 |  | 円／単位 |  | 円／単位 |  | 円／単位        | 合計  |
|        | ⑩保険請求額              | 1 4 0 1 2 1 |      |  |      |  |      |  | 1 4 0 1 2 1 |     |
|        | ⑪利用者負担額             | 1 5 5 6 9   |      |  |      |  |      |  | 1 5 5 6 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 |
|               |     |  |   |                  |        |              |    |

●本記載例における、要支援・要介護状態区分等、市町村が定める区分支給限度基準額は以下のとおり

要支援・要介護状態区分等：要介護1

区分支給限度基準額（単位）：16,765 単位

### 記載例3

給付管理単位数・サービス単位/金額ともに区分支給限度基準額を超えるパターン。  
 (通所介護サービスの大規模型通所介護費(Ⅱ)を算定する場合)

④「区分支給限度基準内単位数」は、「サービス単位/金額」から「区分支給限度基準を超える単位数」を差し引いた単位数を記載する。

・17,980 単位 (サービス単位/金額) - 2,411 単位 (区分支給限度基準を超える単位数)  
 = 15,569 単位

### サービス利用票別表

#### 区分支給限度管理・利用者負担計算

| 事業所名  | 事業所番号     | サービス内容/種類 | サービスコード | 単位数           | 割引後    |     | 回数 | サービス単位/金額 | 給付管理単位数 | 種類支給限度基準を超える単位数 | 種類支給限度基準内単位数 | 区分支給限度基準を超える単位数 | 区分支給限度基準内単位数 | 単位数単価 | 費用総額<br>保険/事業対象分 | 給付率<br>(%) | 保険/事業費<br>請求額 | 定額利用者負担<br>単価金額 | 利用者負担<br>保険/事業対象分 | 利用者負担<br>(金額負担分) |
|---|-----------|-----------|---------|---------------|--------|-----|----|-----------|---------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-------|------------------|------------|---------------|-----------------|-------------------|------------------|
|   |           |           |         |               | 率%     | 単位数 |    |           |         |                 |              |                 |              |       |                  |            |               |                 |                   |                  |
| 〇〇事業所   | 907000010 | 通所介護Ⅲ 6 1 | 154811  | 620           |        |     | 29 | 17,980    | 19,176  |                 |              | 2,411           | 15,569       | 10.00 | 155,690          | 90         | 140,121       |                 | 15,569            | 24,110           |
| <p>②大規模型通所介護費(Ⅱ)を算定する事業所がサービスを行うため、「区分支給限度基準内単位数」以外の項目は、大規模型通所介護費(Ⅱ)のサービスコード(15-4811:通所介護Ⅲ 6 1)で算出した単位数を記載する。<br/>                 ・620 単位 (15-4811:通所介護Ⅲ 6 1) × 29 回 = 17,980 単位</p> <p>③「区分支給限度基準を超える単位数」は、給付管理単位数が区分支給限度基準額(単位数)を超える単位数を記載する。<br/>                 ・19,176 単位 (給付管理単位数) - 16,765 単位 (区分支給限度基準額(単位)) = 2,411 単位</p> <p>①「給付管理単位数」は、サービス提供する通所介護事業所が大規模型通所介護費(Ⅱ)を算定する事業所の場合でも、通常規模型通所介護費のサービスコード(15-2446:通所介護Ⅰ 6 1)で算出した単位数で給付管理する。保険給付対象を超えた回数(すべて自己負担となる回数)分は、大規模型通所介護費(Ⅱ)のサービスコード(15-4811:通所介護Ⅲ 6 1)で算出した単位数を用いる。</p> <p>≪1≫保険給付対象となる回数(自己負担が初めて生じる回数)分<br/>                 ・666 単位 (15-2446:通所介護Ⅰ 6 1) × 26 回 = 17,316 単位</p> <p>≪2≫すべて自己負担となる回数分<br/>                 ・620 単位 (15-4811:通所介護Ⅲ 6 1) × 3 回 = 1,860 単位</p> <p>≪1≫と≪2≫の合算(記載する単位数)<br/>                 ・17,316 単位 + 1,860 単位 = 19,176 単位</p> |           |           |         |               |        |     |    |           |         |                 |              |                 |              |       |                  |            |               |                 |                   |                  |
|   |           |           |         | 区分支給限度基準額(単位) | 16,765 |     | 合計 | 17,980    | 19,176  |                 |              | 2,411           | 15,569       |       | 155,690          |            | 140,121       |                 | 15,569            | 24,110           |

#### 種類別支給限度管理

| サービス種類 | 種類支給限度基準額(単位) | 合計単位数 | 種類支給限度基準を超える単位数 | サービス種類 | 種類支給限度基準額(単位) | 合計単位数 | 種類支給限度基準を超える単位数 |
|--------|---------------|-------|-----------------|--------|---------------|-------|-----------------|
|        |               |       |                 |        |               |       |                 |
|        |               |       |                 |        |               |       |                 |
|        |               |       |                 |        |               |       |                 |
|        |               |       |                 |        |               |       |                 |
|        |               |       |                 | 合計     |               |       |                 |

#### 要介護認定期間中の短期入所利用日数

| 前月までの利用日数 | 当月の計画利用日数 | 累計利用日数 |
|-----------|-----------|--------|
|           |           |        |





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）

|         |         |                                      |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|---------|---------|--------------------------------------|------|------|----|-----|-----|----|---|---|----|
| 公費負担者番号 |         | 令和                                   | 0    | 3    | 年  | 1   | 0   | 月分 |   |   |    |
| 公費受給者番号 |         | 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   | 1  | 1 | 1 | 1  |
|         | (フリガナ)  | カゴ 伊吹                                |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 氏名      | 介護 一郎                                |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 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  | 1.平成    | 0                                    | 3    | 年    | 0  | 4   | 月   | 0  | 1 | 日 | から |
|         | 2.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    | 7    | 0  | 0   | 0   | 0  | 0 | 1 | 0  |
|         | 事業所名称   | 〇〇事業所                                |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 所在地     | 〒 9 9 9 - 9 9 9 9<br>〇〇県〇〇市△△町 1-1-1 |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 連絡先     | 電話番号 099-111-1111                    |      |      |    |     |     |    |   |   |    |

|          |   |                     |       |             |       |    |   |   |   |
|----------|---|---------------------|-------|-------------|-------|----|---|---|---|
| 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   | 9 0 7 0 0 0 0 1 1 0 | 事業所名称 | 〇〇居宅介護支援事業所 |       |    |   |   |   |
| 開始年月日    | 1.平成  | 年                   | 月     | 日           | 中止年月日 | 令和 | 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 |                     |       |             |       |    |   |   |   |

| 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 |
|---|-------------|-------|-----|-----------|-------|---------|----|
| 通所介護Ⅲ 6 1   | 1 5 4 8 1 1 | 6 2 0 | 2 9 | 1 7 9 8 0 |       |         |    |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">                     大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する事業所がサービスを行ったため、請求する際は大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）で請求する。                 </div> |             |       |     |           |       |         |    |

| 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 | 公費対象単位数 | 施設所在保険者番号 | 摘要 |
|---|---------|-----|----|---------|---------|-----------|----|
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">                     サービス提供票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。（従来通り。）<br/>                     ※通常規模型で給付管理が行われた結果を踏まえ、介護給付の対象となる大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）で算出した計画単位数を記載する。                 </div> |         |     |    |         |         |           |    |

|        |                     |             |      |  |      |  |      |             |
|--------|---------------------|-------------|------|--|------|--|------|-------------|
| 請求額集計欄 | ①サービス種類コード／②名称      | 1 5         |      |  |      |  |      |             |
|        | ③サービス実日数            | 2 9         | 日    |  |      |  |      |             |
|        | ④計画単位数              | 1 5 5 6 9   |      |  |      |  |      |             |
|        | ⑤限度額管理対象単位数         | 1 7 9 8 0   |      |  |      |  |      |             |
|        | ⑥限度額管理対象外単位数        | 0           |      |  |      |  |      | 給付率（/100）   |
|        | ⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥ | 1 5 5 6 9   |      |  |      |  |      | 保険 9 0      |
|        | ⑧公費分単位数             | 0           |      |  |      |  |      | 公費          |
|        | ⑨単位数単価              | 1 0 0 0     | 円／単位 |  | 円／単位 |  | 円／単位 | 合計          |
|        | ⑩保険請求額              | 1 4 0 1 2 1 |      |  |      |  |      | 1 4 0 1 2 1 |
|        | ⑪利用者負担額             | 1 5 5 6 9   |      |  |      |  |      | 1 5 5 6 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 |
|               |     |  |   |                  |        |              |    |

●本記載例における、要支援・要介護状態区分等、市町村が定める区分支給限度基準額は以下のとおり

要支援・要介護状態区分等：要介護 1

区分支給限度基準額（単位）：16,765 単位

記載例 4

給付管理単位数・サービス単位/金額ともに区分支給限度基準額を超えないパターン。

（小規模多機能型居宅介護サービスの小規模多機能型居宅介護費（2）同一建物に居住する者に対して行う場合を算定する場合）

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

| 事業所名  | 事業所番号      | サービス内容/種類  | サービスコード | 単位数   | 割引後           |     | 回数     | サービス単位/金額 | 給付管理単位数 | 種類支給限度基準を超える単位数 | 種類支給限度基準内単位数 | 区分支給限度基準を超える単位数 | 区分支給限度基準内単位数 | 単位数単価 | 費用総額<br>保険/事業対象分 | 給付率<br>(%) | 保険/事業費<br>請求額 | 定額利用者負担<br>単価金額 | 利用者負担<br>保険/事業対象分 | 利用者負担<br>(金額負担分) |
|-------|------------|------------|---------|-------|---------------|-----|--------|-----------|---------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-------|------------------|------------|---------------|-----------------|-------------------|------------------|
|       |            |            |         |       | 率%            | 単位数 |        |           |         |                 |              |                 |              |       |                  |            |               |                 |                   |                  |
| 〇〇事業所 | 9090000010 | 小規模多機能 2 1 | 731211  | 9,391 |               |     | 1      | 9,391     | 10,423  |                 |              |                 | 9,391        | 10.00 | 93,910           | 90         | 84,519        |                 | 9,391             |                  |
|       |            |            |         |       | 区分支給限度基準額（単位） |     | 16,765 | 合計        | 9,391   | 10,423          |              |                 | 9,391        |       | 93,910           |            | 84,519        |                 | 9,391             |                  |

②同一建物に居住する者に対してサービスを提供するため、「給付管理単位数」以外の項目は、同一建物に居住する者に対してサービスを提供する場合のサービスコード（73-1211：小規模多機能 2 1）の単位数、金額を記載する。  
**・9,391 単位（73-1211：小規模多機能 2 1）×1 回=9,391 単位**

①「給付管理単位数」は、サービス提供する小規模多機能型居宅介護事業所が同一建物に居住する者に対してサービスを提供する場合でも、同一建物に居住する者以外の者に対してサービスを提供する場合のサービスコード（73-1111：小規模多機能 1 1）の単位数を記載する。  
**・10,423 単位（73-1111：小規模多機能 1 1）×1 回=10,423 単位**

種類別支給限度管理

| サービス種類 | 種類支給限度基準額（単位） | 合計単位数 | 種類支給限度基準を超える単位数 | サービス種類 | 種類支給限度基準額（単位） | 合計単位数 | 種類支給限度基準を超える単位数 |
|--------|---------------|-------|-----------------|--------|---------------|-------|-----------------|
|        |               |       |                 |        |               |       |                 |
|        |               |       |                 |        |               |       |                 |
|        |               |       |                 |        |               |       |                 |
|        |               |       |                 | 合計     |               |       |                 |

要介護認定期間中の短期入所利用日数

| 前月までの利用日数 | 当月の計画利用日数 | 累計利用日数 |
|-----------|-----------|--------|
|           |           |        |

給付管理票（令和 3 年 10 月分）

|                                     |  |                     |                                |
|-------------------------------------|--|---------------------|--------------------------------|
| 保険者番号                               |  | 保険者名                |                                |
| 9 0 1 0 0 1                         |  | □□市                 |                                |
| 被保険者番号                              |  | 被保険者氏名              |                                |
| 0 0 0 0 0 0 1 1 1 1                 |  | フリガナ カゴ 仔唯<br>介護 一郎 |                                |
| 生年月日                                |  | 性別                  | 要支援・要介護状態区分等                   |
| 明・大 昭<br>30年 3月 3日                  |  | 男・女                 | 事業対象者 要支援 1・2<br>要介護 1 2・3・4・5 |
| 居宅サービス・介護予防サービス・<br>総合事業<br>支給限度基準額 |  | 限度額適用期間             |                                |
| 16,765 単位/月                         |  | 1.平成<br>2.令和 3年 4月  | ~ 令和 4年 3月                     |

|  |                          |
|--|--------------------------|
| 作成区分   |                          |
| 1. 居宅介護支援事業者作成<br>2. 被保険者自己作成<br>3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成 |                          |
| 居宅介護/介護予防<br>支援事業所番号                                       | 9 0 9 0 0 0 0 0 1 0      |
| 担当介護支援専門員番号  | 9 0 0 0 0 0 0 1          |
| 居宅介護/介護予防<br>支援事業者の事業所名                                    | 〇〇事業所                    |
| 支援事業者の<br>事業所所在地及び連絡先                                      | 099-111-1111             |
| 委託<br>した場合   | 委託先の支援事業所番号<br>介護支援専門員番号 |

| 居宅サービス・介護予防サービス・総合事業  |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |                                      |                 |               |         |
|---|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------------------------------|-----------------|---------------|---------|
| サービス事業者の<br>事業所名  | 事業所番号<br>(県番号-事業所番号) |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定/基準該当/<br>地域密着型<br>サービス/<br>総合事業識別 | サービス<br>種類名     | サービス<br>種類コード | 給付計画単位数 |
| 〇〇事業所   | 9                    | 0 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 指定・基準該当・<br>地域密着<br>総合事業             | 小規模多機能型居<br>宅介護 | 7 3           | 9 3 9 1 |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |                 |               |         |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |                 |               |         |
| <p>サービス利用票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。(従来通り。)</p> <p>※小規模多機能型居宅介護費（1）同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合で<br/>給付管理をした結果、小規模多機能型居宅介護費（2）介護給付の対象となる同一建<br/>物に居住する者に対して行う場合のサービスコード（73-1211：小規模多機能 2 1）で<br/>算出した計画単位数を記載する。</p> |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |                                      |                 |               |         |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |                 |               |         |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |                 |               |         |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |                 |               |         |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |                 |               |         |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |                 |               |         |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |                 |               |         |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |                 |               |         |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |                 |               |         |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |                 |               |         |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |                 |               |         |
| 合計  |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |                                      |                 |               |         |

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）

|         |         |                             |      |      |    |     |     |    |   |   |    |  |
|---------|---------|-----------------------------|------|------|----|-----|-----|----|---|---|----|--|
| 公費負担者番号 |         | 令和                          | 0    | 3    | 年  | 1   | 0   | 月分 |   |   |    |  |
| 公費受給者番号 |         | 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   | 1  | 1 | 1 | 1  |  |
|         | (フリガナ)  | カゴ 伊助                       |      |      |    |     |     |    |   |   |    |  |
|         | 氏名      | 介護 一郎                       |      |      |    |     |     |    |   |   |    |  |
|         | 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  | 1.平成    | 0                           | 3    | 年    | 0  | 4   | 月   | 0  | 1 | 日 | から |  |
|         | 2.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    | 9    | 0  | 0   | 0   | 0  | 0 | 1 | 0  |  |
|         | 事業所名称   | 〇〇事業所                       |      |      |    |     |     |    |   |   |    |  |
|         | 所在地     | 〒999-9999<br>〇〇県〇〇市△△町1-1-1 |      |      |    |     |     |    |   |   |    |  |
|         | 連絡先     | 電話番号 099-111-1111           |      |      |    |     |     |    |   |   |    |  |

|          |   |                     |       |       |       |    |   |   |   |
|----------|---|---------------------|-------|-------|-------|----|---|---|---|
| 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   | 9 0 9 0 0 0 0 0 1 0 | 事業所名称 | 〇〇事業所 |       |    |   |   |   |
| 開始年月日    | 1.平成  | 年                   | 月     | 日     | 中止年月日 | 令和 | 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 |                     |       |       |       |    |   |   |   |

| 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 |
|------------|-------------|-----|----|---------|-------|---------|----|
| 小規模多機能 2 1 | 7 3 1 2 1 1 |     |    | 9 3 9 1 |       |         |    |

小規模多機能型居宅介護費（2）介護給付の対象となる同一建物に居住する者に対して行う場合を算定する事業所がサービスを行ったため、請求する際は小規模多機能型居宅介護費（2）介護給付の対象となる同一建物に居住する者に対して行う場合のサービスコード（73-1211：小規模多機能 2 1）で請求する。

| 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 | 公費対象単位数 | 施設所在 | 摘要 |
|--------|---------|-----|----|---------|---------|------|----|
|        |         |     |    |         |         |      |    |

サービス提供票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。（従来通り。）  
※小規模多機能型居宅介護費（1）同一建物に居住する者以外の方に対して行う場合で給付管理が行われた結果を踏まえ、小規模多機能型居宅介護費（2）介護給付の対象となる同一建物に居住する者に対して行う場合のサービスコード（73-1211：小規模多機能 2 1）で算出した計画単位数を記載する。

|        |                     |           |      |         |      |  |      |  |           |           |
|--------|---------------------|-----------|------|---------|------|--|------|--|-----------|-----------|
| 請求額集計欄 | ①サービス種類コード／②名称      | 7 3       |      |         |      |  |      |  |           |           |
|        | ③サービス実日数            | 3 1       | 日    |         |      |  |      |  |           |           |
|        | ④計画単位数              |           |      | 9 3 9 1 |      |  |      |  |           |           |
|        | ⑤限度額管理対象単位数         |           |      | 9 3 9 1 |      |  |      |  |           |           |
|        | ⑥限度額管理対象外単位数        |           |      | 0       |      |  |      |  | 給付率（/100） |           |
|        | ⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥ |           |      | 9 3 9 1 |      |  |      |  | 保険        | 9 0       |
|        | ⑧公費分単位数             |           |      | 0       |      |  |      |  | 公費        |           |
|        | ⑨単位数単価              | 1 0 0 0   | 円／単位 |         | 円／単位 |  | 円／単位 |  | 円／単位      | 合計        |
|        | ⑩保険請求額              | 8 4 5 1 9 |      |         |      |  |      |  |           | 8 4 5 1 9 |
|        | ⑪利用者負担額             | 9 3 9 1   |      |         |      |  |      |  |           | 9 3 9 1   |
|        | 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 |
|               |     |  |   |                  |        |              |    |

●本記載例における、要支援・要介護状態区分等、市町村が定める区分支給限度基準額は以下のとおり

要支援・要介護状態区分等：要介護 1  
 区分支給限度基準額（単位）：16,765 単位

（前提）このケースでは小規模多機能型居宅介護を算定する○○事業所で区分支給限度基準額を超えず、訪問看護費を算定する□□事業所で区分支給限度基準額を超える額が発生する。

記載例 5

給付管理単位数・サービス単位/金額ともに区分支給限度基準額を超えるパターン。  
 （小規模多機能型居宅介護サービスの小規模多機能型居宅介護費（2）同一建物に居住する者に対して行う場合を算定する場合）

①訪問看護費の「給付管理単位数」には、「サービス単位/金額」と同じ単位数を記載する。

⑤訪問看護費で調整したケースであるため、合計欄で計算した「区分支給限度基準を超える単位数」を、訪問看護費の「区分支給限度基準を超える単位数」に記載する。

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

| 事業所名  | 事業所番号      | サービス内容/種類  | サービスコード | 単位数           | 割引後    |     | 回数 | サービス単位/金額 | 給付管理単位数 | 種類支給限度基準を超える単位数 | 種類支給限度基準内単位数 | 区分支給限度基準を超える単位数 | 区分支給限度基準内単位数 | 単位数単価 | 費用総額<br>保険/事業対象分 | 給付率<br>(%) | 保険/事業費請求額 | 定額利用者負担<br>単価金額 | 利用者負担<br>保険/事業対象分 | 利用者負担<br>(金額負担分) |
|-------|------------|------------|---------|---------------|--------|-----|----|-----------|---------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-------|------------------|------------|-----------|-----------------|-------------------|------------------|
|       |            |            |         |               | 率%     | 単位数 |    |           |         |                 |              |                 |              |       |                  |            |           |                 |                   |                  |
| □□事業所 | 9010000010 | 訪問 I 4     | 131311  | 1,125         |        |     | 7  | 7,875     | 7,875   |                 |              | 1,533           | 6,342        | 10.00 | 63,420           | 90         | 57,078    |                 | 6,342             | 15,330           |
| ○○事業所 | 9090000020 | 小規模多機能 2 1 | 731211  | 9,391         |        |     | 1  | 9,391     | 10,423  |                 |              |                 | 9,391        | 10.00 | 93,910           | 90         | 84,519    |                 | 9,391             |                  |
|       |            |            |         | 区分支給限度基準額（単位） | 16,765 |     | 合計 | 17,266    | 18,298  |                 |              | 1,533           | 15,733       |       | 157,330          |            | 141,597   |                 | 15,733            | 15,330           |

③同一建物に居住する者に対してサービスを提供するため、「給付管理単位数」以外の項目は、同一建物に居住する者に対してサービスを提供する場合のサービスコード（73-1211：小規模多機能 2 1）の単位数、金額を記載する。  
**・9,391 単位（73-1211：小規模多機能 2 1）× 1 回 = 9,391 単位**

⑥「区分支給限度基準内単位数」には、「サービス単位/金額」から「区分支給限度基準を超える単位数」を差し引いた単位数を記載する。  
**・7,875 単位（サービス単位/金額） - 1,533 位（区分支給限度基準を超える単位数） = 6,342 単位**

②「給付管理単位数」は、サービス提供する小規模多機能型居宅介護事業所が同一建物に居住する者に対してサービスを提供する場合でも、同一建物に居住する者以外の者に対してサービスを提供する場合のサービスコード（73-1111：小規模多機能 1 1）の単位数を記載する。  
**・10,423 単位（73-1111：小規模多機能 1 1）× 1 回 = 10,423 単位**

種類別支給限度管理

| サービス種類 | 種類支給限度基準額（単位） | 合計単位数 | 種類支給限度基準を超える単位数 | サービス種類 | 種類支給限度基準額（単位） | 合計単位数 | 種類支給限度基準を超える単位数 |
|--------|---------------|-------|-----------------|--------|---------------|-------|-----------------|
|        |               |       |                 |        |               |       |                 |
|        |               |       |                 |        |               |       |                 |
|        |               |       |                 | 合計     |               |       |                 |

④「区分支給限度基準を超える単位数」には、「給付管理単位数合計」から「区分支給限度基準額」を差し引いた超過分の単位数を記載する。  
**・18,298 単位（給付管理単位数合計） - 16,765 単位（区分支給限度基準額） = 1,533 単位**

要介護認定期間中の短期入所利用日数

| 前月までの利用日数 | 当月の計画利用日数 | 累計利用日数 |
|-----------|-----------|--------|
|           |           |        |

給付管理票（令和 3 年 10 月分）

|                                 |   |   |     |   |   |                                |       |  |            |  |  |
|---------------------------------|---|---|-----|---|---|--------------------------------|-------|--|------------|--|--|
| 保険者番号                           |   |   |     |   |   | 保険者名                           |       |  |            |  |  |
| 9                               | 0 | 1 | 0   | 0 | 1 | □□市                            |       |  |            |  |  |
| 被保険者番号                          |   |   |     |   |   | 被保険者氏名                         |       |  |            |  |  |
| 0                               | 0 | 0 | 0   | 0 | 0 | フリガナ                           | カゴ 仔吋 |  |            |  |  |
| 1                               | 1 | 1 | 1   | 1 | 1 | 介護 一郎                          |       |  |            |  |  |
| 生年月日                            |   |   | 性別  |   |   | 要支援・要介護状態区分等                   |       |  |            |  |  |
| 明・大 昭<br>30年 3月 3日              |   |   | 男・女 |   |   | 事業対象者 要支援 1・2<br>要介護 1 2・3・4・5 |       |  |            |  |  |
| 居宅サービス・介護予防サービス・総合事業<br>支給限度基準額 |   |   |     |   |   | 限度額適用期間                        |       |  |            |  |  |
| 16,765 単位/月                     |   |   |     |   |   | 1.平成<br>2.令和 3年 4月             |       |  | ~ 令和 4年 3月 |  |  |

|  |             |  |  |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--|-------------|--|--|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 作成区分   |             |  |  |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 1. 居宅介護支援事業者作成<br>2. 被保険者自己作成<br>3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成 |             |  |  |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 居宅介護/介護予防<br>支援事業所番号                                       |             |  |  | 9            | 0 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 |
| 担当介護支援専門員番号  |             |  |  | 9            | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |   |
| 居宅介護/介護予防<br>支援事業者の事業所名                                    |             |  |  | 〇〇事業所        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 支援事業者の<br>事業所所在地及び連絡先                                      |             |  |  | 099-111-1111 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 委託<br>した<br>場合   | 委託先の支援事業所番号 |  |  |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  | 介護支援専門員番号   |  |  |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

| 居宅サービス・介護予防サービス・総合事業   |                      |   |   |   |   |   |                                      |                 |               |         |   |   |   |   |
|--|----------------------|---|---|---|---|---|--------------------------------------|-----------------|---------------|---------|---|---|---|---|
| サービス事業者の<br>事業所名   | 事業所番号<br>(県番号-事業所番号) |   |   |   |   |   | 指定/基準該当/<br>地域密着型<br>サービス/<br>総合事業識別 | サービス<br>種類名     | サービス<br>種類コード | 給付計画単位数 |   |   |   |   |
| □□事業所  | 9                    | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            | 訪問看護            | 1             | 3       | 6 | 3 | 4 | 2 |
| 〇〇事業所  | 9                    | 0 | 9 | 0 | 0 | 0 | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            | 小規模多機能型居<br>宅介護 | 7             | 3       | 9 | 3 | 9 | 1 |
|  |                      |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |                 |               |         |   |   |   |   |
|  |                      |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・                             |                 |               |         |   |   |   |   |
| <p>サービス利用票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。(従来通り。)</p> <p>※訪問看護費に加え、小規模多機能型居宅介護費(1)同一建物に居住する者以外の者<br/>に対して行う場合で給付管理をした結果、小規模多機能型居宅介護費(2)介護給付の<br/>対象となる同一建物に居住する者に対して行う場合のサービスコード(73-1211:小規模<br/>多機能21)で算出した計画単位数を記載する。</p> |                      |   |   |   |   |   |                                      |                 |               |         |   |   |   |   |
|  |                      |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |                 |               |         |   |   |   |   |
|  |                      |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |                 |               |         |   |   |   |   |
|  |                      |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |                 |               |         |   |   |   |   |
|  |                      |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |                 |               |         |   |   |   |   |
|  |                      |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |                 |               |         |   |   |   |   |
|  |                      |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |                 |               |         |   |   |   |   |
|  |                      |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |                 |               |         |   |   |   |   |
|  |                      |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |                 |               |         |   |   |   |   |
|  |                      |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |                 |               |         |   |   |   |   |
| 合計   |                      |   |   |   |   |   |                                      |                 |               |         |   |   |   |   |



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）

|         |         |                              |      |      |    |     |     |    |   |   |    |  |
|---------|---------|------------------------------|------|------|----|-----|-----|----|---|---|----|--|
| 公費負担者番号 |         | 令和                           | 0    | 3    | 年  | 1   | 0   | 月分 |   |   |    |  |
| 公費受給者番号 |         | 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   | 1  | 1 | 1 | 1  |  |
|         | (フリガナ)  | カノ 伊吹                        |      |      |    |     |     |    |   |   |    |  |
|         | 氏名      | 介護 一郎                        |      |      |    |     |     |    |   |   |    |  |
|         | 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  | 1.平成    | 0                            | 3    | 年    | 0  | 4   | 月   | 0  | 1 | 日 | から |  |
|         | 2.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    | 1    | 0  | 0   | 0   | 0  | 0 | 1 | 0  |  |
|         | 事業所名称   | □□事業所                        |      |      |    |     |     |    |   |   |    |  |
|         | 所在地     | 〒999-9999<br>〇〇県〇〇市△△町 1-1-1 |      |      |    |     |     |    |   |   |    |  |
|         | 連絡先     | 電話番号 099-111-1111            |      |      |    |     |     |    |   |   |    |  |

|          |   |             |   |   |   |   |   |       |    |   |       |       |   |  |   |
|----------|---|-------------|---|---|---|---|---|-------|----|---|-------|-------|---|--|---|
| 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    | 9   | 0           | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0     | 2  | 0 | 事業所名称 | 〇〇事業所 |   |  |   |
| 開始年月日    | 1.平成  |             | 年 |   | 月 |   | 日 | 中止年月日 | 令和 |   | 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 |             |   |   |   |   |   |       |    |   |       |       |   |  |   |

| 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 |
|---------------------|-------------|---------|----|---------|-------|---------|----|
| 訪看 14               | 1 3 1 3 1 1 | 1 1 2 5 | 7  | 7 8 7 5 |       |         |    |
| 訪問看護費について、従来通り請求する。 |             |         |    |         |       |         |    |

| 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 | 公費対象単位数 | 施設所在保険者番号 | 摘要 |
|-------------------------------------|---------|-----|----|---------|---------|-----------|----|
| サービス提供票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。(従来通り。) |         |     |    |         |         |           |    |

|        |                        |     |   |   |   |      |  |  |            |   |    |   |   |   |
|--------|------------------------|-----|---|---|---|------|--|--|------------|---|----|---|---|---|
| 請求額集計欄 | ①サービス種類コード / ②名称       | 1 3 |   |   |   |      |  |  |            |   |    |   |   |   |
|        | ③サービス実日数               | 7   | 日 |   |   |      |  |  |            |   |    |   |   |   |
|        | ④計画単位数                 | 6   | 3 | 4 | 2 |      |  |  |            |   |    |   |   |   |
|        | ⑤限度額管理対象単位数            | 7   | 8 | 7 | 5 |      |  |  |            |   |    |   |   |   |
|        | ⑥限度額管理対象外単位数           |     |   |   | 0 |      |  |  | 給付率 (/100) |   |    |   |   |   |
|        | ⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥ | 6   | 3 | 4 | 2 |      |  |  | 保険         | 9 | 0  |   |   |   |
|        | ⑧公費分単位数                |     |   |   | 0 |      |  |  | 公費         |   |    |   |   |   |
|        | ⑨単位数単価                 | 1   | 0 | 0 | 0 | 円/単位 |  |  | 円/単位       |   | 合計 |   |   |   |
|        | ⑩保険請求額                 | 5   | 7 | 0 | 7 | 8    |  |  |            | 5 | 7  | 0 | 7 | 8 |
|        | ⑪利用者負担額                | 6   | 3 | 4 | 2 |      |  |  |            | 6 | 3  | 4 | 2 |   |
|        | 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 |
|               |     |  |   |                   |         |               |    |
|               |     |  |   |                   |         |               |    |

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）

|         |         |                             |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|---------|---------|-----------------------------|------|------|----|-----|-----|----|---|---|----|
| 公費負担者番号 |         | 令和                          | 0    | 3    | 年  | 1   | 0   | 月分 |   |   |    |
| 公費受給者番号 |         | 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   | 1  | 1 | 1 | 1  |
|         | (フリガナ)  | カゴ 伊吹                       |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 氏名      | 介護 一郎                       |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 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  | 1.平成    | 0                           | 3    | 年    | 0  | 4   | 月   | 0  | 1 | 日 | から |
|         | 2.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    | 9    | 0  | 0   | 0   | 0  | 0 | 2 | 0  |
|         | 事業所名称   | 〇〇事業所                       |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 所在地     | 〒999-9999<br>〇〇県〇〇市△△町9-9-9 |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 連絡先     | 電話番号 099-111-9999           |      |      |    |     |     |    |   |   |    |

|          |   |             |   |   |       |    |   |   |   |   |
|----------|---|-------------|---|---|-------|----|---|---|---|---|
| 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    | 9   | 0           | 9 | 0 | 0     | 0  | 0 | 0 | 2 | 0 |
| 事業所名称    | 〇〇事業所   |             |   |   |       |    |   |   |   |   |
| 開始年月日    | 1.平成  | 年           | 月 | 日 | 中止年月日 | 令和 | 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 |             |   |   |       |    |   |   |   |   |

| 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 |
|--|-------------|-----|----|---------|-------|---------|----|
| 小規模多機能 2 1   | 7 3 1 2 1 1 |     |    | 9 3 9 1 |       |         |    |
| 小規模多機能型居宅介護費（2）介護給付の対象となる同一建物に居住する者に対して行う場合を算定する事業所がサービスを行ったため、請求する際は小規模多機能型居宅介護費（2）介護給付の対象となる同一建物に居住する者に対して行う場合のサービスコード（73-1211：小規模多機能 2 1）で請求する。 |             |     |    |         |       |         |    |

| サービス内容 | サービスコード |
|--------|---------|
|        |         |

サービス提供票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。（従来通り。）  
 ※訪問看護費に加え、小規模多機能型居宅介護費（1）同一建物に居住する者以外の者に対して行う場合で給付管理が行われた結果を踏まえ、小規模多機能型居宅介護費（2）介護給付の対象となる同一建物に居住する者に対して行う場合のサービスコード（73-1211：小規模多機能 2 1）で算出した計画単位数を記載する。

|                     |           |      |  |  |  |  |  |           |
|---------------------|-----------|------|--|--|--|--|--|-----------|
| ①サービス種類コード／②名称      | 7 3       |      |  |  |  |  |  |           |
| ③サービス実日数            | 3 1       | 日    |  |  |  |  |  |           |
| ④計画単位数              | 9 3 9 1   |      |  |  |  |  |  |           |
| ⑤限度額管理対象単位数         | 9 3 9 1   |      |  |  |  |  |  |           |
| ⑥限度額管理対象外単位数        | 0         |      |  |  |  |  |  | 給付率（/100） |
| ⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥ | 9 3 9 1   |      |  |  |  |  |  | 保険 9 0    |
| ⑧公費分単位数             | 0         |      |  |  |  |  |  | 公費        |
| ⑨単位数単価              | 1 0 0 0   | 円／単位 |  |  |  |  |  | 合計        |
| ⑩保険請求額              | 8 4 5 1 9 |      |  |  |  |  |  | 8 4 5 1 9 |
| ⑪利用者負担額             | 9 3 9 1   |      |  |  |  |  |  | 9 3 9 1   |
| 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 |
|               |     |  |   |                  |        |              |    |





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）

|         |         |                             |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|---------|---------|-----------------------------|------|------|----|-----|-----|----|---|---|----|
| 公費負担者番号 |         | 令和                          | 0    | 3    | 年  | 1   | 0   | 月分 |   |   |    |
| 公費受給者番号 |         | 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   | 1  | 1 | 1 | 1  |
|         | (フリガナ)  | カゴ 伊吹                       |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 氏名      | 介護 一郎                       |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 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  | 1.平成    | 0                           | 3    | 年    | 0  | 4   | 月   | 0  | 1 | 日 | から |
|         | 2.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    | 7    | 0  | 0   | 0   | 0  | 0 | 1 | 0  |
|         | 事業所名称   | 〇〇事業所                       |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 所在地     | 〒999-9999<br>〇〇県〇〇市△△町1-1-1 |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 連絡先     | 電話番号 099-111-1111           |      |      |    |     |     |    |   |   |    |

|          |   |             |   |   |   |   |   |   |   |   |       |    |  |  |   |  |  |   |  |  |   |
|----------|---|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|----|--|--|---|--|--|---|--|--|---|
| 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   | 9           | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0     |    |  |  |   |  |  |   |  |  |   |
|          | 事業所名称   | 〇〇居宅介護支援事業所 |   |   |   |   |   |   |   |   |       |    |  |  |   |  |  |   |  |  |   |
| 開始年月日    | 1.平成  |             |   | 年 |   |   | 月 |   |   | 日 | 中止年月日 | 令和 |  |  | 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 |             |   |   |   |   |   |   |   |   |       |    |  |  |   |  |  |   |  |  |   |

| 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 |
|---------|---------|-----|----|---------|-------|---------|----|
| 通所介護Ⅲ51 | 153696  | 604 | 6  | 3879    |       |         |    |
| 通所介護Ⅲ61 | 154811  | 620 | 23 | 14260   |       |         |    |

大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する事業所がサービスを2種類の提供時間で行ったため、請求する際は大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコードはそれぞれの時間帯（15-3696：通所介護Ⅲ51）（15-4811：通所介護Ⅲ61）で請求する。

| 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 | 公費対象単位数 | 施設所在保険者番号 | 摘要 |
|--|---------|-----|----|---------|---------|-----------|----|
| サービス提供票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。（従来通り。）<br>※通常規模型で給付管理が行われた結果を踏まえ、介護給付の対象となる大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-3696：通所介護Ⅲ51）（15-4811：通所介護Ⅲ61）で算出した計画単位数を記載する。 |         |     |    |         |         |           |    |

|        |                     |        |      |  |  |  |  |  |           |        |
|--------|---------------------|--------|------|--|--|--|--|--|-----------|--------|
| 請求額集計欄 | ①サービス種類コード／②名称      | 15     |      |  |  |  |  |  |           |        |
|        | ③サービス実日数            | 29     | 日    |  |  |  |  |  |           |        |
|        | ④計画単位数              | 15544  |      |  |  |  |  |  |           |        |
|        | ⑤限度額管理対象単位数         | 17884  |      |  |  |  |  |  |           |        |
|        | ⑥限度額管理対象外単位数        | 0      |      |  |  |  |  |  | 給付率（/100） |        |
|        | ⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥ | 15544  |      |  |  |  |  |  | 保険        | 90     |
|        | ⑧公費分単位数             | 0      |      |  |  |  |  |  | 公費        |        |
|        | ⑨単位数単価              | 1000   | 円/単位 |  |  |  |  |  | 合計        |        |
|        | ⑩保険請求額              | 139896 |      |  |  |  |  |  |           | 139896 |
|        | ⑪利用者負担額             | 15544  |      |  |  |  |  |  |           | 15544  |
|        | 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 |
|               |     |  |   |                  |        |              |    |
|               |     |  |   |                  |        |              |    |



●本記載例における、要支援・要介護状態区分等、市町村が定める区分支給限度基準額は以下のとおり

要支援・要介護状態区分等：要介護1  
 区分支給限度基準額（単位）：16,765 単位

記載例7

給付管理単位数・サービス単位/金額ともに区分支給限度基準額を超えるパターン。  
 （複数の加算を含む通所介護サービスの大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する場合）  
 ※令和3年9月30日までの上乗せ分を含む例

②大規模型通所介護費（Ⅱ）がサービスを行うため、「区分支給限度基準内単位数」以外の項目は、大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ61）で算出した単位数を記載する。

・620 単位（15-4811：通所介護Ⅲ61）×29回 = 17,980 単位

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

| 事業所名  | 事業所番号      | サービス内容/種類            | サービスコード | 単位数           | 割引後    |     | 回数 | サービス単位/金額 | 給付管理単位数  | 種類支給限度基準を超える単位数 | 種類支給限度基準内単位数 | 区分支給限度基準を超える単位数 | 区分支給限度基準内単位数 | 単位数単価 | 費用総額<br>保険/事業対象分 | 給付率<br>(%) | 保険/事業費<br>請求額 | 定額利用者負担<br>単価金額 | 利用者負担<br>保険/事業対象分 | 利用者負担<br>(全額負担分) |  |
|-------|------------|----------------------|---------|---------------|--------|-----|----|-----------|----------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-------|------------------|------------|---------------|-----------------|-------------------|------------------|--|
|       |            |                      |         |               | 率%     | 単位数 |    |           |          |                 |              |                 |              |       |                  |            |               |                 |                   |                  |  |
| 〇〇事業所 | 9070000010 | 通所介護Ⅲ61              | 154811  | 620           |        |     | 29 | 17,980    | 19,084   |                 |              |                 |              |       |                  |            |               |                 |                   |                  |  |
| 〇〇事業所 | 9070000010 | 通所介護生活機能向上連携加算Ⅰ      | 154001  | 100           |        |     |    | 100       | 100      |                 |              |                 |              |       |                  |            |               |                 |                   |                  |  |
| 〇〇事業所 | 9070000010 | 通所介護入浴加算Ⅰ            | 155301  | 40            |        |     | 29 | 1,160     | 1,160    |                 |              |                 |              |       |                  |            |               |                 |                   |                  |  |
| 〇〇事業所 | 9070000010 | 通所介護栄養アセスメント加算       | 156116  | 50            |        |     |    | 50        | 50       |                 |              |                 |              |       |                  |            |               |                 |                   |                  |  |
| 〇〇事業所 | 9070000010 | 通所介護ADL維持等加算Ⅰ        | 156338  | 30            |        |     |    | 30        | 30       |                 |              |                 |              |       |                  |            |               |                 |                   |                  |  |
| 〇〇事業所 | 9070000010 | 通所介護科学的介護推進体制加算      | 156361  | 40            |        |     |    | 40        | 40       |                 |              |                 |              |       |                  |            |               |                 |                   |                  |  |
| 〇〇事業所 | 9070000010 | 通所介護共生型サービス生活介護      | 156364  |               |        |     |    | -1,361    | -1,439   |                 |              |                 |              |       |                  |            |               |                 |                   |                  |  |
| 〇〇事業所 | 9070000010 | 通所介護延長加算1            | 156601  | 50            |        |     | 29 | 1,450     | 1,450    |                 |              |                 |              |       |                  |            |               |                 |                   |                  |  |
| 〇〇事業所 | 9070000010 | 通所介護令和3年9月30日までの上乗せ分 | 158300  |               |        |     |    | 18        | 19       |                 |              |                 |              |       |                  |            |               |                 |                   |                  |  |
| 〇〇事業所 | 9070000010 | 通所介護合計               |         |               |        |     |    | (19,467)  | (20,494) |                 |              | 3,729           | 15,738       | 10.00 | 157,380          | 90         | 141,642       |                 | 15,738            | 37,290           |  |
|       |            |                      |         | 区分支給限度基準額（単位） | 16,765 |     | 合計 | 19,467    | 20,494   |                 |              | 3,729           | 15,738       |       | 157,380          |            | 141,642       |                 | 15,738            | 37,290           |  |

①「給付管理単位数」は、サービス提供する通所介護事業所が大規模型通所介護費（Ⅱ）の場合でも、通常規模型通所介護費のサービスコード（15-2446：通所介護Ⅰ61）で算出した単位数で給付管理する。保険給付対象を超えた回数（すべて自己負担となる回数）分は、大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ61）で算出した単位数を用いる。  
 <<1>>保険給付対象となる回数（自己負担が初めて生じる回数）分  
 ・666 単位（15-2446：通所介護Ⅰ61）×24回 = 15,984 単位  
 <<2>>すべて自己負担となる回数分  
 ・620 単位（15-4811：通所介護Ⅲ61）×5回 = 3,100 単位  
 <<1>>と<<2>>の合算（記載する単位数）  
 ・15,984 単位 + 3,100 単位 = 19,084 単位

③「区分支給限度基準を超える単位数」は、給付管理単位数が区分支給限度基準額（単位数）を超える単位数を記載する。  
 ・20,494 単位（給付管理単位数） - 16,765 単位（区分支給限度基準額（単位）） = 3,729 単位

④「区分支給限度基準内単位数」は、「サービス単位/金額」から「区分支給限度基準を超える単位数」を差し引いた単位数を記載する。  
 ・19,467 単位（サービス単位/金額） - 3,729 単位（区分支給限度基準を超える単位数） = 15,738 単位

| サービス内容/種類            | サービスコード | 1日     | 2日  | 3日    | ~ | 23日    | 24日    | 25日    | 26日    | 27日    | 28日    | 29日    |
|----------------------|---------|--------|-----|-------|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 通所介護Ⅲ61              | 154811  | 666    | 666 | 666   |   | 666    | 666    | 620    | 620    | 620    | 620    | 620    |
| 通所介護入浴加算Ⅰ            | 155301  | 40     | 40  | 40    |   | 40     | 40     | 40     | 40     | 40     | 40     | 40     |
| 通所介護延長加算1            | 156601  | 50     | 50  | 50    |   | 50     | 50     | 50     | 50     | 50     | 50     | 50     |
| 通所介護生活機能向上連携加算Ⅰ      | 154001  | 100    |     |       |   |        |        |        |        |        |        |        |
| 通所介護栄養アセスメント加算       | 156116  | 50     |     |       |   |        |        |        |        |        |        |        |
| 通所介護ADL維持等加算Ⅰ        | 156338  | 30     |     |       |   |        |        |        |        |        |        |        |
| 通所介護科学的介護推進体制加算      | 156361  | 40     |     |       |   |        |        |        |        |        |        |        |
| 通所介護共生型サービス生活介護      | 156364  | -1,439 |     |       |   |        |        |        |        |        |        |        |
| 通所介護令和3年9月30日までの上乗せ分 | 158300  | 19     |     |       |   |        |        |        |        |        |        |        |
| 日別累計給付管理単位数          |         | -444   | 312 | 1,068 |   | 16,188 | 16,944 | 17,654 | 18,364 | 19,074 | 19,784 | 20,494 |

【前提】  
 保険給付対象となる回数（自己負担が初めて生じる回数）については時系列に発生するサービスの給付管理単位数を累計し（月単位加算は初回に含めている）、24回目のサービスに初めて自己負担が発生するため、保険給付対象となる回数は24回となる。  
 ※ただし累計順は一例であり必ず準ずるものではない。



給付管理票（令和 3 年 4 月分）

|                                 |   |   |     |   |   |                                |       |  |            |  |  |
|---------------------------------|---|---|-----|---|---|--------------------------------|-------|--|------------|--|--|
| 保険者番号                           |   |   |     |   |   | 保険者名                           |       |  |            |  |  |
| 9                               | 0 | 1 | 0   | 0 | 1 | □□市                            |       |  |            |  |  |
| 被保険者番号                          |   |   |     |   |   | 被保険者氏名                         |       |  |            |  |  |
| 0                               | 0 | 0 | 0   | 0 | 0 | フリガナ                           | カゴ 仔吋 |  |            |  |  |
| 0                               | 0 | 0 | 0   | 0 | 1 | 介護 一郎                          |       |  |            |  |  |
| 生年月日                            |   |   | 性別  |   |   | 要支援・要介護状態区分等                   |       |  |            |  |  |
| 明・大 昭<br>30年 3月 3日              |   |   | 男・女 |   |   | 事業対象者 要支援 1・2<br>要介護 1 2・3・4・5 |       |  |            |  |  |
| 居宅サービス・介護予防サービス・総合事業<br>支給限度基準額 |   |   |     |   |   | 限度額適用期間                        |       |  |            |  |  |
| 16,765 単位/月                     |   |   |     |   |   | 1.平成<br>2.令和 3年 4月             |       |  | ~ 令和 4年 3月 |  |  |

|  |             |  |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--|-------------|--|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 作成区分   |             |  |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 1. 居宅介護支援事業者作成<br>2. 被保険者自己作成<br>3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成 |             |  |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 居宅介護/介護予防<br>支援事業所番号                                       |             |  | 9            | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| 担当介護支援専門員番号  |             |  | 9            | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |   |
| 居宅介護/介護予防<br>支援事業者の事業所名                                    |             |  | 〇〇居宅介護支援事業所  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 支援事業者の<br>事業所所在地及び連絡先                                      |             |  | 099-111-1111 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 委託<br>した<br>場合   | 委託先の支援事業所番号 |  |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  | 介護支援専門員番号   |  |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

| 居宅サービス・介護予防サービス・総合事業  |                      |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         |                           |      |   |   |   |   |   |   |   |
|---|----------------------|---|---|---|---|---|--------------------------------------|-------------|---------------|---------|---------------------------|------|---|---|---|---|---|---|---|
| サービス事業者の<br>事業所名  | 事業所番号<br>(県番号-事業所番号) |   |   |   |   |   | 指定/基準該当/<br>地域密着型<br>サービス/<br>総合事業識別 | サービス<br>種類名 | サービス<br>種類コード | 給付計画単位数 |                           |      |   |   |   |   |   |   |   |
| 〇〇事業所   | 9                    | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0                                    | 0           | 1             | 0       | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業 | 通所介護 | 1 | 5 | 1 | 5 | 7 | 3 | 8 |
|   |                      |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業 |      |   |   |   |   |   |   |   |
|   |                      |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         | 指定・基準該当・                  |      |   |   |   |   |   |   |   |
| <p>サービス利用票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。(従来通り。)<br/>                 ※通常規模型で給付管理をした結果、介護給付の対象となる大規模型通所介護費（Ⅱ）<br/>                 のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）等で算出した計画単位数を記載する。</p> |                      |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         |                           |      |   |   |   |   |   |   |   |
|   |                      |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         | 地域密着・<br>総合事業             |      |   |   |   |   |   |   |   |
|   |                      |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業 |      |   |   |   |   |   |   |   |
|   |                      |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業 |      |   |   |   |   |   |   |   |
|   |                      |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業 |      |   |   |   |   |   |   |   |
|   |                      |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業 |      |   |   |   |   |   |   |   |
|   |                      |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業 |      |   |   |   |   |   |   |   |
|   |                      |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業 |      |   |   |   |   |   |   |   |
|   |                      |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業 |      |   |   |   |   |   |   |   |
|   |                      |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業 |      |   |   |   |   |   |   |   |
|   |                      |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業 |      |   |   |   |   |   |   |   |
|   |                      |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業 |      |   |   |   |   |   |   |   |
| 合計  |                      |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         |                           |      |   |   |   |   |   |   |   |

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）

|         |         |                              |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|---------|---------|------------------------------|------|------|----|-----|-----|----|---|---|----|
| 公費負担者番号 |         | 令和                           | 0    | 3    | 年  | 0   | 4   | 月分 |   |   |    |
| 公費受給者番号 |         | 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   | 1  | 1 | 1 | 1  |
|         | (フリガナ)  | カゴ 伊吹                        |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 氏名      | 介護 一郎                        |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 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  | 1.平成    | 0                            | 3    | 年    | 0  | 4   | 月   | 0  | 1 | 日 | から |
|         | 2.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    | 7    | 0  | 0   | 0   | 0  | 0 | 1 | 0  |
|         | 事業所名称   | 〇〇事業所                        |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 所在地     | 〒999-9999<br>〇〇県〇〇市△△町 1-1-1 |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 連絡先     | 電話番号 099-111-1111            |      |      |    |     |     |    |   |   |    |

|          |   |                     |       |             |       |    |   |   |   |
|----------|---|---------------------|-------|-------------|-------|----|---|---|---|
| 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   | 9 0 7 0 0 0 0 1 1 0 | 事業所名称 | 〇〇居宅介護支援事業所 |       |    |   |   |   |
| 開始年月日    | 1. 平成   | 年                   | 月     | 日           | 中止年月日 | 令和 | 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 |                     |       |             |       |    |   |   |   |

| 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 |
|----------------------|-------------|-------|-----|-----------|-------|---------|----|
| 通所介護Ⅲ 6 1            | 1 5 4 8 1 1 | 6 2 0 | 2 9 | 1 7 9 8 0 |       |         |    |
| 通所介護生活機能向上連携加算Ⅰ      | 1 5 4 0 0 1 | 1 0 0 | 1   | 1 0 0     |       |         |    |
| 通所介護入浴介助加算Ⅰ          | 1 5 5 3 0 1 | 4 0   | 2 9 | 1 1 6 0   |       |         |    |
| 通所介護栄養アセスメント加算       | 1 5 6 1 1 6 | 5 0   | 1   | 5 0       |       |         |    |
| 通所介護ADL維持等加算Ⅰ        | 1 5 6 3 3 8 | 3 0   | 1   | 3 0       |       |         |    |
| 通所介護科学的介護推進体制加算      | 1 5 6 3 6 1 | 4 0   | 1   | 4 0       |       |         |    |
| 通所介護共生型サービス生活介護      | 1 5 6 3 6 4 |       |     | - 1 3 6 1 |       |         |    |
| 通所介護延長加算Ⅰ            | 1 5 6 6 0 1 | 5 0   | 2 9 | 1 4 5 0   |       |         |    |
| 通所介護令和3年9月30日までの上乗せ分 | 1 5 8 3 0 0 | 1 8   | 1   | 1 8       |       |         |    |

大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する事業所がサービスを行ったため、請求する際は大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）で請求する。

| 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 | 公費対象単位数 | 施設所在保険者番号 | 摘要 |
|--------|---------|-----|----|---------|---------|-----------|----|
|        |         |     |    |         |         |           |    |

サービス提供票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。（従来通り。）  
※通常規模型で給付管理が行われた結果を踏まえ、介護給付の対象となる大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）等で算出した計画単位数を記載する。

|        |                     |             |      |  |      |  |      |  |           |             |
|--------|---------------------|-------------|------|--|------|--|------|--|-----------|-------------|
| 請求額集計欄 | ①サービス種類コード／②名称      | 1 5         |      |  |      |  |      |  |           |             |
|        | ③サービス実日数            | 2 9         | 日    |  |      |  |      |  |           |             |
|        | ④計画単位数              | 1 5 7 3 8   |      |  |      |  |      |  |           |             |
|        | ⑤限度額管理対象単位数         | 1 9 4 6 7   |      |  |      |  |      |  |           |             |
|        | ⑥限度額管理対象外単位数        | 0           |      |  |      |  |      |  | 給付率（/100） |             |
|        | ⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥ | 1 5 7 3 8   |      |  |      |  |      |  | 保険        | 9 0         |
|        | ⑧公費分単位数             | 0           |      |  |      |  |      |  | 公費        |             |
|        | ⑨単位数単価              | 1 0 0 0     | 円／単位 |  | 円／単位 |  | 円／単位 |  | 円／単位      | 合計          |
|        | ⑩保険請求額              | 1 4 1 6 4 2 |      |  |      |  |      |  |           | 1 4 1 6 4 2 |
|        | ⑪利用者負担額             | 1 5 7 3 8   |      |  |      |  |      |  |           | 1 5 7 3 8   |
|        | 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 |
|               |     |  |   |                  |        |              |    |
|               |     |  |   |                  |        |              |    |

●本記載例における、要支援・要介護状態区分等、市町村が定める区分支給限度基準額は以下のとおり

要支援・要介護状態区分等：要介護1

区分支給限度基準額（単位）：16,765 単位

①「区分支給限度基準内単位数」は、サービス提供する通所介護事業所が大規模型通所介護費（Ⅱ）の場合でも、通常規模型通所介護費のサービスコード（15-2446：通所介護Ⅰ61）の（割引後の）単位数を記載する。

・666 単位（15-2446：通所介護Ⅰ61）× 95% = 633 単位（小数点以下四捨五入）  
 ・633 単位（割引後の単位数）× 23 回 = 14,559 単位

（前提）このケースでは訪問介護費を算定する△○事業所で区分支給限度基準額を超えず、通所介護を算定する○○事業所で区分支給限度基準額を超える額が発生する。

記載例 8

事業所が割引を行っている、区分支給限度基準額を超えるパターン。超過分は通所介護サービス分を自費とする  
 （通所介護サービスの大規模型通所介護費（Ⅱ）+訪問介護費を算定する場合）

⑥「区分支給限度基準内単位数」は、「サービス単位/金額」から「区分支給限度基準を超える単位数」を差し引いた単位数を記載する。  
 ・13,547 単位（サービス単位/金額） - 378 単位（区分支給限度基準を超える単位数） = 13,169 単位

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

| 事業所名  | 事業所番号      | サービス内容/種類 | サービスコード | 単位数 | 割引後           |        | 回数 | サービス単位/金額 | 給付管理単位数 | 種類支給限度基準を超える単位数 | 種類支給限度基準内単位数 | 区分支給限度基準を超える単位数 | 区分支給限度基準内単位数 | 単位数単価 | 費用総額<br>保険/事業対象分 | 給付率<br>(%) | 保険/事業費<br>請求額 | 定額利用者負担<br>単価金額 | 利用者負担<br>保険/事業対象分 | 利用者負担<br>(金額負担分) |
|-------|------------|-----------|---------|-----|---------------|--------|----|-----------|---------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-------|------------------|------------|---------------|-----------------|-------------------|------------------|
|       |            |           |         |     | 率%            | 単位数    |    |           |         |                 |              |                 |              |       |                  |            |               |                 |                   |                  |
| ○○事業所 | 9070000010 | 通所介護Ⅲ61   | 154811  | 620 | 95            | 589    | 23 | 13,547    | 14,559  |                 |              | 378             | 13,169       | 10.00 | 131,690          | 90         | 118,521       |                 | 13,169            | 3,780            |
| △○事業所 | 9870000016 | 身体3生活1    | 116111  | 646 |               |        | 4  | 2,584     | 2,584   |                 |              |                 | 2,584        | 10.00 | 25,840           | 90         | 23,256        |                 | 2,584             |                  |
|       |            |           |         |     | 区分支給限度基準額（単位） | 16,765 | 合計 | 16,131    | 17,143  |                 |              | 378             | 15,753       |       | 157,530          |            | 141,777       |                 | 15,753            | 3,780            |

⑤通所介護で調整したケースであるため、合計欄で計算した「区分支給限度基準を超える単位数」を、通所介護の「区分支給限度基準を超える単位数」に記載する。

②大規模型通所介護費（Ⅱ）がサービスを行うため、「区分支給限度基準内単位数」以外の項目は、大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ61）の（割引後の）単位数、金額を記載する。  
 ・589 単位（割引後の単位数）×23 回 = 13,547 単位

③訪問介護費の「給付管理単位数」には、「サービス単位/金額」と同じ単位数を記載する。

種類別支給限度管理

| サービス種類 | 種類支給限度基準額（単位） | 合計単位数 | 種類支給限度基準を超える単位数 | サービス種類 | 種類支給限度基準額（単位） | 合計単位数 | 種類支給限度基準を超える単位数 |
|--------|---------------|-------|-----------------|--------|---------------|-------|-----------------|
|        |               |       |                 |        |               |       |                 |
|        |               |       |                 | 合計     |               |       |                 |

④「区分支給限度基準を超える単位数」には、「給付管理単位数合計」から「区分支給限度基準額」を差し引いた超過分の単位数を記載する。  
 ・17,143 単位（給付管理単位数合計） - 16,765 単位（区分支給限度基準額（単位）） = 378 単位

要介護認定期間中の短期入所利用日数

| 前月までの利用日数 | 当月の計画利用日数 | 累計利用日数 |
|-----------|-----------|--------|
|           |           |        |

給付管理票（令和 3 年 10 月分）

|                                 |   |   |   |   |     |     |   |   |   |                                |       |  |  |  |            |  |  |  |  |  |
|---------------------------------|---|---|---|---|-----|-----|---|---|---|--------------------------------|-------|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|
| 保険者番号                           |   |   |   |   |     |     |   |   |   | 保険者名                           |       |  |  |  |            |  |  |  |  |  |
| 9                               | 0 | 1 | 0 | 0 | 1   | □□市 |   |   |   |                                |       |  |  |  |            |  |  |  |  |  |
| 被保険者番号                          |   |   |   |   |     |     |   |   |   | 被保険者氏名                         |       |  |  |  |            |  |  |  |  |  |
| 0                               | 0 | 0 | 0 | 0 | 0   | 1   | 1 | 1 | 1 | フリガナ                           | カゴ 仔吋 |  |  |  |            |  |  |  |  |  |
|                                 |   |   |   |   |     |     |   |   |   | 介護 一郎                          |       |  |  |  |            |  |  |  |  |  |
| 生年月日                            |   |   |   |   | 性別  |     |   |   |   | 要支援・要介護状態区分等                   |       |  |  |  |            |  |  |  |  |  |
| 明・大 昭<br>30年 3月 3日              |   |   |   |   | 男・女 |     |   |   |   | 事業対象者 要支援 1・2<br>要介護 1 2・3・4・5 |       |  |  |  |            |  |  |  |  |  |
| 居宅サービス・介護予防サービス・総合事業<br>支給限度基準額 |   |   |   |   |     |     |   |   |   | 限度額適用期間                        |       |  |  |  |            |  |  |  |  |  |
| 16,765 単位/月                     |   |   |   |   |     |     |   |   |   | 1.平成<br>2.令和 3年 4月             |       |  |  |  | ~ 令和 4年 3月 |  |  |  |  |  |

|  |             |  |  |  |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--|-------------|--|--|--|--------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 作成区分   |             |  |  |  |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 1. 居宅介護支援事業者作成<br>2. 被保険者自己作成<br>3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成 |             |  |  |  |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 居宅介護/介護予防<br>支援事業所番号                                       |             |  |  |  | 9            | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| 担当介護支援専門員番号  |             |  |  |  | 9            | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |   |
| 居宅介護/介護予防<br>支援事業者の事業所名                                    |             |  |  |  | 〇〇居宅介護支援事業所  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 支援事業者の<br>事業所所在地及び連絡先                                      |             |  |  |  | 099-111-1111 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 委託<br>した<br>場合   | 委託先の支援事業所番号 |  |  |  |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  | 介護支援専門員番号   |  |  |  |              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

| 居宅サービス・介護予防サービス・総合事業  |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         |   |   |   |   |   |
|---|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------------------------------|-------------|---------------|---------|---|---|---|---|---|
| サービス事業者の<br>事業所名  | 事業所番号<br>(県番号-事業所番号) |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定/基準該当/<br>地域密着型<br>サービス/<br>総合事業識別 | サービス<br>種類名 | サービス<br>種類コード | 給付計画単位数 |   |   |   |   |   |
| 〇〇事業所   | 9                    | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            | 通所介護        | 1             | 5       | 1 | 3 | 1 | 6 | 9 |
| △〇事業所   | 9                    | 8 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            | 訪問介護        | 1             | 1       |   | 2 | 5 | 8 | 4 |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |             |               |         |   |   |   |   |   |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |             |               |         |   |   |   |   |   |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>サービス利用票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。（従来通り。）<br/>                     ※訪問介護費に加え、通常規模型で給付管理をした結果、介護給付の対象となる大規模型<br/>                     通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）で算出した計画単<br/>                     位数を記載する。</p> </div> |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         |   |   |   |   |   |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 総合事業<br>指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業    |             |               |         |   |   |   |   |   |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |             |               |         |   |   |   |   |   |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |             |               |         |   |   |   |   |   |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |             |               |         |   |   |   |   |   |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |             |               |         |   |   |   |   |   |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |             |               |         |   |   |   |   |   |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |             |               |         |   |   |   |   |   |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |             |               |         |   |   |   |   |   |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |             |               |         |   |   |   |   |   |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |             |               |         |   |   |   |   |   |
| 合計  |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         |   |   |   |   |   |

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）

|         |         |                              |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|---------|---------|------------------------------|------|------|----|-----|-----|----|---|---|----|
| 公費負担者番号 |         | 令和                           | 0    | 3    | 年  | 1   | 0   | 月分 |   |   |    |
| 公費受給者番号 |         | 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   | 1  | 1 | 1 | 1  |
|         | (フリガナ)  | カゴ 伊助                        |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 氏名      | 介護 一郎                        |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 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  | 1.平成    | 0                            | 3    | 年    | 0  | 4   | 月   | 0  | 1 | 日 | から |
|         | 2.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    | 7    | 0  | 0   | 0   | 0  | 0 | 1 | 0  |
|         | 事業所名称   | 〇〇事業所                        |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 所在地     | 〒999-9999<br>〇〇県〇〇市△△町 1-1-1 |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 連絡先     | 電話番号 099-111-1111            |      |      |    |     |     |    |   |   |    |

|          |   |                     |       |             |       |    |   |   |   |
|----------|---|---------------------|-------|-------------|-------|----|---|---|---|
| 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   | 9 0 7 0 0 0 0 1 1 0 | 事業所名称 | 〇〇居宅介護支援事業所 |       |    |   |   |   |
| 開始年月日    | 1.平成  | 年                   | 月     | 日           | 中止年月日 | 令和 | 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 |                     |       |             |       |    |   |   |   |

| 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 |
|--|-------------|-------|-----|-----------|-------|---------|----|
| 通所介護Ⅲ 6 1  | 1 5 4 8 1 1 | 5 8 9 | 2 3 | 1 3 5 4 7 |       |         |    |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;">                     大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する事業所がサービスを行ったため、請求する際は大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）の割引後単位数で請求する。                 </div> |             |       |     |           |       |         |    |

| 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 | 公費対象単位数 | 施設所在<br>保険者番号 | 摘要 |
|--|---------|-----|----|---------|---------|---------------|----|
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;">                     サービス提供票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。（従来通り。）<br/>                     ※通常規模型で給付管理が行われた結果を踏まえ、介護給付の対象となる大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）の割引を加味した単位数で算出した計画単位数を記載する。                 </div> |         |     |    |         |         |               |    |

|        |                     |             |      |  |      |  |      |  |           |             |
|--------|---------------------|-------------|------|--|------|--|------|--|-----------|-------------|
| 請求額集計欄 | ①サービス種類コード<br>②名称   | 1 5         |      |  |      |  |      |  |           |             |
|        | ③サービス実日数            | 2 3         | 日    |  |      |  |      |  |           |             |
|        | ④計画単位数              | 1 3 1 6 9   |      |  |      |  |      |  |           |             |
|        | ⑤限度額管理対象単位数         | 1 3 5 4 7   |      |  |      |  |      |  |           |             |
|        | ⑥限度額管理対象外単位数        |             | 0    |  |      |  |      |  | 給付率（/100） |             |
|        | ⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）+⑥ | 1 3 1 6 9   |      |  |      |  |      |  | 保険        | 9 0         |
|        | ⑧公費分単位数             |             | 0    |  |      |  |      |  | 公費        |             |
|        | ⑨単位数単価              | 1 0 0 0     | 円/単位 |  | 円/単位 |  | 円/単位 |  | 円/単位      | 合計          |
|        | ⑩保険請求額              | 1 1 8 5 2 1 |      |  |      |  |      |  |           | 1 1 8 5 2 1 |
|        | ⑪利用者負担額             | 1 3 1 6 9   |      |  |      |  |      |  |           | 1 3 1 6 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 |
|               |     |  |   |                  |        |              |    |

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）

|         |         |                             |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|---------|---------|-----------------------------|------|------|----|-----|-----|----|---|---|----|
| 公費負担者番号 |         | 令和                          | 0    | 3    | 年  | 1   | 0   | 月分 |   |   |    |
| 公費受給者番号 |         | 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   | 1  | 1 | 1 | 1  |
|         | (フリガナ)  | カゴ 伊吹                       |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 氏名      | 介護 一郎                       |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 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  | 1.平成    | 0                           | 3    | 年    | 0  | 4   | 月   | 0  | 1 | 日 | から |
|         | 2.令和    | 0                           | 4    | 年    | 0  | 3   | 月   | 3  | 1 | 日 | まで |
| 請求事業者   | 事業所番号   | 9                           | 8    | 7    | 0  | 0   | 0   | 0  | 0 | 1 | 6  |
|         | 事業所名称   | △○事業所                       |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 所在地     | 〒999-9999<br>○○県□□市△△町1-2-3 |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 連絡先     | 電話番号 099-111-1234           |      |      |    |     |     |    |   |   |    |

|          |   |             |   |   |       |    |   |   |   |   |
|----------|---|-------------|---|---|-------|----|---|---|---|---|
| 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    | 9   | 0           | 7 | 0 | 0     | 0  | 0 | 1 | 1 | 0 |
| 事業所名称    | ○○居宅介護支援事業所   |             |   |   |       |    |   |   |   |   |
| 開始年月日    | 1.平成  | 年           | 月 | 日 | 中止年月日 | 令和 | 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 |             |   |   |       |    |   |   |   |   |

| 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 |   |   |  |
|--|-------------|-----|----|---------|-------|---------|----|---|---|--|
| 身体3生活1                                 | 1 1 6 1 1 1 | 6   | 4  | 6       | 4     | 2       | 5  | 8 | 4 |  |
| 訪問介護費について、給付管理上の調整は発生していないため、従来通り請求する。 |             |     |    |         |       |         |    |   |   |  |

| 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       | 1 | 1 |   |   |      |  |  |            |    |   |   |   |   |
|        | ③サービス実日数               | 4 | 日 |   |   |      |  |  |            |    |   |   |   |   |
|        | ④計画単位数                 | 2 | 5 | 8 | 4 |      |  |  |            |    |   |   |   |   |
|        | ⑤限度額管理対象単位数            | 2 | 5 | 8 | 4 |      |  |  |            |    |   |   |   |   |
|        | ⑥限度額管理対象外単位数           | 0 |   |   |   |      |  |  | 給付率 (/100) |    |   |   |   |   |
|        | ⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥ | 2 | 5 | 8 | 4 |      |  |  | 保険 9 0     |    |   |   |   |   |
|        | ⑧公費分単位数                | 0 |   |   |   |      |  |  | 公費         |    |   |   |   |   |
|        | ⑨単位数単価                 | 1 | 0 | 0 | 0 | 円/単位 |  |  | 円/単位       | 合計 |   |   |   |   |
|        | ⑩保険請求額                 | 2 | 3 | 2 | 5 | 6    |  |  |            | 2  | 3 | 2 | 5 | 6 |
|        | ⑪利用者負担額                | 2 | 5 | 8 | 4 |      |  |  | 2          | 5  | 8 | 4 |   |   |
|        | 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 |
|               |     |  |   |                   |         |               |    |
|               |     |  |   |                   |         |               |    |



●本記載例における、要支援・要介護状態区分等、市町村が定める区分支給限度基準額は以下のとおり

要支援・要介護状態区分等：要介護1

区分支給限度基準額（単位）：16,765 単位

（前提）このケースでは通常規模型通所介護費を算定する△△事業所で区分支給限度基準額を超えず、大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する〇〇事業所で区分支給限度基準額を超える額が発生する。

記載例9

複数サービス事業所を使用しており、大規模型通所介護事業所で給付管理単位数が区分支給限度基準額を超えるパターン。

（通所介護サービスの大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する場合）

※令和3年9月30日までの上乗せ分を含む例

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

| 事業所名  | 事業所番号     | サービス内容/種類            | サービスコード | 単位数    | 割引後 |     | 回数 | サービス単位/金額 | 給付管理単位数  | 種類支給限度基準を超える単位数 | 種類支給限度基準内単位数 | 区分支給限度基準を超える単位数 | 区分支給限度基準内単位数 | 単位数単価  | 費用総額<br>保険/事業対象分 | 給付率<br>(%) | 保険/事業費<br>請求額 | 定額利用者負担<br>単価金額 | 利用者負担<br>保険/事業対象分 | 利用者負担<br>(金額負担分) |        |
|-------|-----------|----------------------|---------|--------|-----|-----|----|-----------|----------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|--------|------------------|------------|---------------|-----------------|-------------------|------------------|--------|
|       |           |                      |         |        | 率%  | 単位数 |    |           |          |                 |              |                 |              |        |                  |            |               |                 |                   |                  |        |
| 〇〇事業所 | 907000010 | 通所介護Ⅲ61              | 154811  | 620    |     |     | 23 | 14,260    | 15,272   |                 |              |                 |              |        |                  |            |               |                 |                   |                  |        |
| 〇〇事業所 | 907000010 | 通所介護令和3年9月30日までの上乗せ分 | 158300  |        |     |     |    | 14        | 15       |                 |              |                 |              |        |                  |            |               |                 |                   |                  |        |
| 〇〇事業所 | 907000010 | 通所介護入浴介助加算Ⅰ          | 155301  | 40     |     |     | 5  | 200       | 200      |                 |              |                 |              |        |                  |            |               |                 |                   |                  |        |
| 〇〇事業所 | 907000010 | 通所介護科学的介護推進体制加算      | 156361  | 40     |     |     |    | 40        | 40       |                 |              |                 |              |        |                  |            |               |                 |                   |                  |        |
| 〇〇事業所 | 907000010 | 通所介護合計               |         |        |     |     |    | (14,514)  | (15,527) |                 |              |                 | 970          | 13,544 | 10.00            | 135,440    | 90            | 121,896         |                   | 13,544           | 9,700  |
| △△事業所 | 907000011 | 通所介護Ⅰ61              | 152466  | 666    |     |     | 3  | 1,998     | 1,998    |                 |              |                 |              |        |                  |            |               |                 |                   |                  |        |
| △△事業所 | 907000011 | 通所介護令和3年9月30日までの上乗せ分 | 158300  |        |     |     |    | 2         | 2        |                 |              |                 |              |        |                  |            |               |                 |                   |                  |        |
| △△事業所 | 907000011 | 通所介護個別機能訓練加算Ⅰ        | 155051  | 56     |     |     | 3  | 168       | 168      |                 |              |                 |              |        |                  |            |               |                 |                   |                  |        |
| △△事業所 | 907000011 | 通所介護科学的介護推進体制加算      | 156361  | 40     |     |     |    | 40        | 40       |                 |              |                 |              |        |                  |            |               |                 |                   |                  |        |
| △△事業所 | 907000011 | 通所介護合計               |         |        |     |     |    | (2,208)   | (2,208)  |                 |              |                 | 2,208        | 10.00  | 22,080           | 90         | 19,872        |                 | 2,208             |                  |        |
| 〇〇事業所 | 907000010 | 通所介護処遇改善加算Ⅰ          | 156108  |        |     |     |    | (856)     |          |                 |              | (57)            | (799)        | 10.00  | 7,990            | 90         | 7,191         |                 | 799               | 570              |        |
| △△事業所 | 907000011 | 通所介護処遇改善加算Ⅰ          | 156108  |        |     |     |    | (130)     |          |                 |              | (130)           | 10.00        | 1,300  | 90               | 1,170      |               |                 | 130               |                  |        |
|       |           | 区分支給限度基準額（単位）        |         | 16,765 |     |     | 合計 | 16,722    | 17,735   |                 |              |                 | 970          | 15,752 |                  | 166,810    |               | 150,129         |                   | 16,681           | 10,270 |

④大規模型通所介護費（Ⅱ）で調整したケースであるため、合計欄で計算した「区分支給限度基準を超える単位数」を、大規模型通所介護費（Ⅱ）の「区分支給限度基準を超える単位数」に記載する。

⑤「区分支給限度基準内単位数」は、「サービス単位/金額」から「区分支給限度基準を超える単位数」を差し引いた単位数を記載する。  
 ・14,514 単位（サービス単位/金額） - 970 単位（区分支給限度基準を超える単位数）  
 = 13,544 単位

②通常規模型の「給付管理単位数」には「サービス単位/金額」と同じ単位数を記載する。

①「給付管理単位数」は、サービス提供する通所介護事業所が大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する事業所の場合でも、通常規模型通所介護費のサービスコード（15-2446：通所介護Ⅰ61）で算出した単位数で給付管理する。保険給付対象を超えた回数（すべて自己負担となる回数）分は、大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ61）で算出した単位数を用いる。

≪1≫保険給付対象となる回数（自己負担が初めて生じる回数）分  
 ・666 単位（15-2446：通所介護Ⅰ61）×22 回 = 14,652 単位

≪2≫すべて自己負担となる回数分  
 ・620 単位（15-4811：通所介護Ⅲ61）×1 回 = 620 単位

≪3≫加算分  
 ・令和3年9月30日までの上乗せ分：15 単位 + 入浴介助加算：200 単位 + 科学的介護推進体制加算：40 単位 = 255 単位

≪1≫と≪2≫と≪3≫の合算（記載する単位数）  
 14,625 単位 + 620 単位 + 255 単位 = 15,527 単位

③「区分支給限度基準を超える単位数」には、「給付管理単位数合計」から「区分支給限度基準額」を差し引いた超過分の単位数を記載する。  
 ・17,735 単位（給付管理単位数） - 16,765 単位（区分支給限度基準額（単位））  
 = 970 単位

給付管理票（令和 3 年 4 月分）

|                                     |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                    |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |          |  |  |  |  |   |  |  |  |  |     |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--------------------|--|--|--|--|--------------------------------|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|---|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 保険者番号                               |  |  |  |  |   |  |  |  |  | 保険者名               |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |          |  |  |  |  |   |  |  |  |  |     |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9                                   |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  | 1                  |  |  |  |  | 0                              |  |  |  |  | 0        |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  | □□市 |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者番号                              |  |  |  |  |   |  |  |  |  | 被保険者氏名             |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |          |  |  |  |  |   |  |  |  |  |     |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 0                                   |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  | 0                  |  |  |  |  | 0                              |  |  |  |  | 1        |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  | 1   |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  | フリガナ カゴ 仔吋<br>介護 一郎 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日                                |  |  |  |  |   |  |  |  |  | 性別                 |  |  |  |  | 要支援・要介護状態区分等                   |  |  |  |  |          |  |  |  |  |   |  |  |  |  |     |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 明・大 昭<br>30年 3月 3日                  |  |  |  |  |   |  |  |  |  | 男・女                |  |  |  |  | 事業対象者 要支援 1・2<br>要介護 1 2・3・4・5 |  |  |  |  |          |  |  |  |  |   |  |  |  |  |     |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居宅サービス・介護予防サービス・<br>総合事業<br>支給限度基準額 |  |  |  |  |   |  |  |  |  | 限度額適用期間            |  |  |  |  |                                |  |  |  |  |          |  |  |  |  |   |  |  |  |  |     |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16,765 単位/月                         |  |  |  |  |   |  |  |  |  | 1.平成<br>2.令和 3年 4月 |  |  |  |  | ~                              |  |  |  |  | 令和 4年 3月 |  |  |  |  |   |  |  |  |  |     |  |  |  |  |   |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |              |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--------------|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|---|--|--|--|--|
| 作成区分   |  |  |  |  |             |  |  |  |  |              |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| 1. 居宅介護支援事業者作成<br>2. 被保険者自己作成<br>3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成 |  |  |  |  |             |  |  |  |  |              |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| 居宅介護/介護予防<br>支援事業所番号                                       |  |  |  |  | 9           |  |  |  |  | 0            |  |  |  |  | 7 |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  |
| 担当介護支援専門員番号  |  |  |  |  |             |  |  |  |  | 9            |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  | 0 |  |  |  |  | 1 |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| 居宅介護/介護予防<br>支援事業者の事業所名                                    |  |  |  |  |             |  |  |  |  | 〇〇居宅介護支援事業所  |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| 支援事業者の<br>事業所所在地及び連絡先                                      |  |  |  |  |             |  |  |  |  | 099-111-1111 |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
| 委託<br>した<br>場合   |  |  |  |  | 委託先の支援事業所番号 |  |  |  |  |              |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 介護支援専門員番号   |  |  |  |  |              |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |   |  |  |  |  |

| 居宅サービス・介護予防サービス・総合事業  |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         |   |   |   |   |   |
|---|----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------------------------------------|-------------|---------------|---------|---|---|---|---|---|
| サービス事業者の<br>事業所名  | 事業所番号<br>(県番号-事業所番号) |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定/基準該当/<br>地域密着型<br>サービス/<br>総合事業識別 | サービス<br>種類名 | サービス<br>種類コード | 給付計画単位数 |   |   |   |   |   |
| 〇〇事業所   | 9                    | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            | 通所介護        | 1             | 5       | 1 | 3 | 5 | 4 | 4 |
| △△事業所   | 9                    | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            | 通所介護        | 1             | 5       |   | 2 | 2 | 0 | 8 |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |             |               |         |   |   |   |   |   |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |             |               |         |   |   |   |   |   |
| サービス利用票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。(従来通り。)<br>※〇〇事業所と△△事業所で通常規模型を用い給付管理をした結果、介護給付の対象となる大規模型通所介護費で算出した計画単位数を記載する。 |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         |   |   |   |   |   |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 地域密着・<br>総合事業                        |             |               |         |   |   |   |   |   |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |             |               |         |   |   |   |   |   |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |             |               |         |   |   |   |   |   |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |             |               |         |   |   |   |   |   |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |             |               |         |   |   |   |   |   |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |             |               |         |   |   |   |   |   |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |             |               |         |   |   |   |   |   |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |             |               |         |   |   |   |   |   |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |             |               |         |   |   |   |   |   |
|   |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 指定・基準該当・<br>地域密着・<br>総合事業            |             |               |         |   |   |   |   |   |
| 合計  |                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                      |             |               |         |   |   |   |   |   |

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）

|         |         |                             |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|---------|---------|-----------------------------|------|------|----|-----|-----|----|---|---|----|
| 公費負担者番号 |         | 令和                          | 0    | 3    | 年  | 0   | 4   | 月分 |   |   |    |
| 公費受給者番号 |         | 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   | 1  | 1 | 1 | 1  |
|         | (フリガナ)  | カゴ 伊吹                       |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 氏名      | 介護 一郎                       |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 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  | 1.平成    | 0                           | 3    | 年    | 0  | 4   | 月   | 0  | 1 | 日 | から |
|         | 2.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    | 7    | 0  | 0   | 0   | 0  | 0 | 1 | 0  |
|         | 事業所名称   | 〇〇事業所                       |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 所在地     | 〒999-9999<br>〇〇県〇〇市△△町1-1-1 |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 連絡先     | 電話番号 099-111-1111           |      |      |    |     |     |    |   |   |    |

|          |   |             |   |   |   |   |   |   |   |   |       |    |  |  |   |  |  |   |  |  |   |
|----------|---|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|----|--|--|---|--|--|---|--|--|---|
| 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   | 9           | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0     |    |  |  |   |  |  |   |  |  |   |
|          | 事業所名称   | 〇〇居宅介護支援事業所 |   |   |   |   |   |   |   |   |       |    |  |  |   |  |  |   |  |  |   |
| 開始年月日    | 1.平成  |             |   | 年 |   |   | 月 |   |   | 日 | 中止年月日 | 令和 |  |  | 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 |             |   |   |   |   |   |   |   |   |       |    |  |  |   |  |  |   |  |  |   |

| 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 |
|----------------------|---------|-----|----|---------|-------|---------|----|
| 通所介護Ⅲ61              | 1548111 | 620 | 23 | 14260   |       |         |    |
| 通所介護令和3年9月30日までの上乗せ分 | 1583000 | 14  | 1  | 14      |       |         |    |
| 通所介護入浴加算Ⅰ            | 155301  | 40  | 5  | 200     |       |         |    |
| 通所介護科学的介護推進体制加算      | 156361  | 40  |    | 40      |       |         |    |
| 通所介護処遇改善加算Ⅰ          | 156108  | 799 | 1  | 799     |       |         |    |

請求集計欄の「⑤限度額管理対象単位数」が「④計画単位数」を超過しているため、処遇改善加算の単位数欄には下記の通り算出した単位数を記載する。（従来通り。）  
 $13,544 \times 0.059 = 799.096 \Rightarrow 799$  単位（小数点以下四捨五入）

大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する事業所がサービスを行ったため、請求の際は大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ61）で請求する。

| サービス提供票別表の区分   | 支給限度基準内単位数 | 転記する | （従来通り。） |
|--|------------|------|---------|
| ※通常規模型で給付管理が行われた結果を踏まえ、介護給付の対象となる大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ61）で算出した計画単位数を記載する。 |            |      |         |

| ①サービス種類コード／②名称 | 15 | ③サービス実日数 | 23日 | ④計画単位数 | 13544 | ⑤限度額管理対象単位数 | 14514 | ⑥限度額管理対象外単位数 | 799 | ⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥ | 14343 | ⑧公費分単位数 | 0 | ⑨単位数単価 | 1000円/単位 | ⑩保険請求額 | 129087 | ⑪利用者負担額 | 14343 | ⑫公費請求額 | 0 | ⑬公費分本人負担 | 0 |
|----------------|----|----------|-----|--------|-------|-------------|-------|--------------|-----|---------------------|-------|---------|---|--------|----------|--------|--------|---------|-------|--------|---|----------|---|
| 給付率（/100）      |    |          |     |        |       |             |       |              |     |                     |       |         |   |        |          |        |        |         |       |        |   |          |   |
| 合計             |    |          |     |        |       |             |       |              |     |                     |       |         |   |        |          |        |        |         |       |        |   |          |   |

| 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 |
|---------------|-----|---|------------------|--------|--------------|----|
|               |     |   |                  |        |              |    |

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）

|         |         |                             |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|---------|---------|-----------------------------|------|------|----|-----|-----|----|---|---|----|
| 公費負担者番号 |         | 令和                          | 0    | 3    | 年  | 0   | 4   | 月分 |   |   |    |
| 公費受給者番号 |         | 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   | 1  | 1 | 1 | 1  |
|         | (フリガナ)  | カゴ 伊助                       |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 氏名      | 介護 一郎                       |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 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  | 1.平成    | 0                           | 3    | 年    | 0  | 4   | 月   | 0  | 1 | 日 | から |
|         | 2.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    | 7    | 0  | 0   | 0   | 0  | 0 | 1 | 1  |
|         | 事業所名称   | △△事業所                       |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 所在地     | 〒999-9999<br>〇〇県〇〇市△△町9-9-9 |      |      |    |     |     |    |   |   |    |
|         | 連絡先     | 電話番号 099-111-9999           |      |      |    |     |     |    |   |   |    |

|          |   |             |   |   |       |    |   |   |   |   |       |             |
|----------|---|-------------|---|---|-------|----|---|---|---|---|-------|-------------|
| 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    | 9   | 0           | 7 | 0 | 0     | 0  | 0 | 1 | 1 | 0 | 事業所名称 | 〇〇居宅介護支援事業所 |
| 開始年月日    | 1.平成  | 年           | 月 | 日 | 中止年月日 | 令和 | 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 |             |   |   |       |    |   |   |   |   |       |             |

| 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 |
|--|-------------|-------|----|---------|-------|---------|----|
| 通所介護 I 6 1                                   | 1 5 2 4 6 6 | 6 6 6 | 3  | 1 9 9 8 |       |         |    |
| 通所介護令和3年9月30日までの上乗せ分                         | 1 5 8 3 0 0 |       | 2  | 2       |       |         |    |
| 通所介護個別機能訓練加算 I 1                             | 1 5 5 0 5 1 | 5 6   | 3  | 1 6 8   |       |         |    |
| 通所介護科学的介護推進体制加算                              | 1 5 5 0 5 1 | 4 0   |    | 4 0     |       |         |    |
| 通所介護処遇改善加算 I                                 | 1 5 6 1 0 8 | 1 3 0 | 1  | 1 3 0   |       |         |    |
| △△事業所の通所介護費について、給付管理上の調整は発生していないため、従来通り請求する。 |             |       |    |         |       |         |    |

| 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       | 1 5 |   |   |   |      |   |      |            |      |    |   |   |   |
|        | ③サービス実日数               | 3   | 日 |   | 日 |      | 日 |      |            |      |    |   |   |   |
|        | ④計画単位数                 | 2   | 2 | 0 | 8 |      |   |      |            |      |    |   |   |   |
|        | ⑤限度額管理対象単位数            | 2   | 2 | 0 | 8 |      |   |      |            |      |    |   |   |   |
|        | ⑥限度額管理対象外単位数           |     | 1 | 3 | 0 |      |   |      | 給付率 (/100) |      |    |   |   |   |
|        | ⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥ | 2   | 3 | 3 | 8 |      |   |      | 保険         | 9    | 0  |   |   |   |
|        | ⑧公費分単位数                |     |   |   | 0 |      |   |      | 公費         |      |    |   |   |   |
|        | ⑨単位数単価                 | 1   | 0 | 0 | 0 | 円/単位 |   | 円/単位 |            | 円/単位 | 合計 |   |   |   |
|        | ⑩保険請求額                 | 2   | 1 | 0 | 4 | 2    |   |      |            | 2    | 1  | 0 | 4 | 2 |
|        | ⑪利用者負担額                | 2   | 3 | 3 | 8 |      |   |      |            | 2    | 3  | 3 | 8 |   |
|        | 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 |
|               |     |  |   |                   |         |               |    |
|               |     |  |   |                   |         |               |    |

●本記載例における、要支援・要介護状態区分等、市町村が定める区分支給限度基準額は以下のとおり

要支援・要介護状態区分等：要介護1  
区分支給限度基準額（単位）：16,765 単位

（前提）このケースでは大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する△△事業所で区分支給限度基準額を超えず、訪問介護費を算定する〇〇事業所で区分支給限度基準額を超える額が発生する。

記載例 10

複数サービス事業所を使用しており、大規模型通所介護事業所で給付管理単位数が区分支給限度基準額を超えるパターン。  
（通所介護サービスの大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する場合）  
※令和3年9月30日までの上乗せ分を含む例

①訪問介護の「給付管理単位数」には、「サービス単位／金額」と同じ単位数を記載する。

サービス利用票別表

区分支給限度管理・利用者負担計算

| 事業所名  | 事業所番号      | サービス内容／種類            | サービスコード | 単位数           | 割引後    |     | 回数 | サービス単位／金額 | 給付管理単位数  | 種類支給限度基準を超える単位数 | 種類支給限度基準内単位数 | 区分支給限度基準を超える単位数 | 区分支給限度基準内単位数 | 単位数単価  | 費用総額<br>保険／事業対象分 | 給付率<br>(%) | 保険／事業費請求額 | 定額利用者負担<br>単価金額 | 利用者負担<br>保険／事業対象分 | 利用者負担<br>(金額負担分) |  |
|-------|------------|----------------------|---------|---------------|--------|-----|----|-----------|----------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|--------|------------------|------------|-----------|-----------------|-------------------|------------------|--|
|       |            |                      |         |               | 率%     | 単位数 |    |           |          |                 |              |                 |              |        |                  |            |           |                 |                   |                  |  |
| 〇〇事業所 | 9070000010 | 身体2・2人・Ⅰ             | 112052  | 950           |        |     | 8  | 7,600     | 7,600    |                 |              |                 |              |        |                  |            |           |                 |                   |                  |  |
| 〇〇事業所 | 9070000010 | 訪問介護令和3年9月30日までの上乗せ分 | 118300  |               |        |     |    | 8         | 8        |                 |              |                 |              |        |                  |            |           |                 |                   |                  |  |
| 〇〇事業所 | 9070000010 | 訪問介護初回加算             | 114001  | 200           |        |     | 1  | 200       | 200      |                 |              |                 |              |        |                  |            |           |                 |                   |                  |  |
| 〇〇事業所 | 9070000010 | 訪問介護合計               |         |               |        |     |    | (7,808)   | (7,808)  |                 |              | 1,243           | 6,565        | 10.00  | 65,650           | 90         | 59,085    |                 | 6,565             | 12,430           |  |
| 〇〇事業所 | 9070000010 | 訪問介護処遇改善加算Ⅰ          | 116275  |               |        |     |    | (1,070)   |          |                 |              | (171)           | (899)        | 10.00  | 8,990            | 90         | 8,091     |                 | 899               | 1,710            |  |
| △△事業所 | 9070000011 | 通所介護Ⅲ 6 1            | 154811  | 620           |        |     | 15 | 9,300     | 9,990    |                 |              |                 |              |        |                  |            |           |                 |                   |                  |  |
| △△事業所 | 9070000011 | 通所介護令和3年9月30日までの上乗せ分 | 158300  |               |        |     |    | 9         | 10       |                 |              |                 |              |        |                  |            |           |                 |                   |                  |  |
| △△事業所 | 9070000011 | 通所介護入浴介助加算Ⅰ          | 155301  | 40            |        |     | 5  | 200       | 200      |                 |              |                 |              |        |                  |            |           |                 |                   |                  |  |
| △△事業所 | 9070000011 | 通所介護合計               |         |               |        |     |    | (9,509)   | (10,200) |                 |              | 9,509           | 10.00        | 95,090 | 90               | 85,581     |           | 9,509           |                   |                  |  |
| △△事業所 | 9070000011 | 通所介護処遇改善加算Ⅱ          | 156107  |               |        |     |    | (409)     |          |                 |              | (409)           | 10.00        | 4,090  | 90               | 3,681      |           | 409             |                   |                  |  |
|       |            |                      |         | 区分支給限度基準額（単位） | 16,765 |     | 合計 | 17,317    | 18,008   |                 |              | 1,243           | 16,074       |        | 173,820          |            | 156,438   |                 | 17,382            | 14,140           |  |

⑤訪問介護費で調整したケースであるため、合計欄で計算した「区分支給限度基準を超える単位数」を、訪問介護費の「区分支給限度基準を超える単位数」に記載する。

⑥「〇〇事業所の区分支給限度基準内単位数」は、「サービス単位／金額」から「区分支給限度基準を超える単位数」を差し引いた単位数を記載する。  
・7,808 単位（〇〇事業所 サービス単位／金額） - 1,243 単位（〇〇事業所 区分支給限度基準を超える単位数） = 6,565 単位

②大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する事業所サービスを行うため、「区分支給限度基準内単位数」以外の項目は、大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）で算出した単位数を記載する。  
・620 単位（15-4811：通所介護Ⅲ 6 1）×15 回 = 9,300 単位

③「△△事業所の給付管理単位数」は、サービス提供する通所介護事業所が大規模型通所介護費（Ⅱ）の場合でも、通常規模型通所介護費のサービスコード（15-2446：通所介護Ⅰ 6 1）の単位数を記載する。  
・666 単位（15-2446：通所介護Ⅰ 6 1）×15 回 = 9,990 単位

④「区分支給限度基準を超える単位数」は、給付管理単位数が区分支給限度基準額（単位数）を超える単位数を記載する。  
・18,008 単位（給付管理単位数合計） - 16,765 単位（区分支給限度基準額） = 1,243 単位

種類別支給限度管理

| サービス種類 | 種類支給限度基準額（単位） | 合計単位数 | 種類支給限度基準を超える単位数 | サービス種類 | 種類支給限度基準額（単位） | 合計単位数 | 種類支給限度基準を超える単位数 |
|--------|---------------|-------|-----------------|--------|---------------|-------|-----------------|
|        |               |       |                 |        |               |       |                 |
|        |               |       |                 |        |               |       |                 |
|        |               |       |                 |        |               |       |                 |
|        |               |       |                 | 合計     |               |       |                 |

要介護認定期間中の短期入所利用日数

| 前月までの利用日数 | 当月の計画利用日数 | 累計利用日数 |
|-----------|-----------|--------|
|           |           |        |







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）

|         |         |                          |      |      |    |         |   |    |   |   |    |
|---------|---------|--------------------------|------|------|----|---------|---|----|---|---|----|
| 公費負担者番号 |         | 令和                       | 0    | 3    | 年  | 0       | 4 | 月分 |   |   |    |
| 公費受給者番号 |         | 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 | 1  | 1 | 1 | 1  |
|         | (フリガナ)  | カゴ 伊吹                    |      |      |    |         |   |    |   |   |    |
|         | 氏名      | 介護 一郎                    |      |      |    |         |   |    |   |   |    |
|         | 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  | 1.平成    | 0                        | 3    | 年    | 0  | 4       | 月 | 0  | 1 | 日 | から |
|         | 2.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    | 7    | 0  | 0       | 0 | 0  | 1 | 0 |    |
|         | 事業所名称   | 〇〇事業所                    |      |      |    |         |   |    |   |   |    |
|         | 所在地     | 〒999-9999 〇〇県〇〇市△△町1-1-1 |      |      |    |         |   |    |   |   |    |
|         | 連絡先     | 電話番号 099-111-1111        |      |      |    |         |   |    |   |   |    |

|          |   |             |   |   |   |   |   |       |    |   |       |             |   |  |   |
|----------|---|-------------|---|---|---|---|---|-------|----|---|-------|-------------|---|--|---|
| 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    | 9   | 0           | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1     | 1  | 0 | 事業所名称 | 〇〇居宅介護支援事業所 |   |  |   |
| 開始年月日    | 1.平成  |             | 年 |   | 月 |   | 日 | 中止年月日 | 令和 |   | 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 |             |   |   |   |   |   |       |    |   |       |             |   |  |   |

| 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 |
|-------------|---------|-----|----|---------|-------|---------|----|
| 身体2・2人・1    | 112052  | 950 | 8  | 7600    |       |         |    |
| 訪問介護初回加算    | 114001  | 200 | 1  | 200     |       |         |    |
| 訪問介護処遇改善加算I | 116275  | 899 | 1  | 899     |       |         |    |

請求集計欄の「⑤限度額管理対象単位数」が「④計画単位数」を超過しているため、処遇改善加算の単位数欄には下記の通り算出した単位数を記載する。（従来通り。）  
 $6,565 \times 0.137 = 899.405 \Rightarrow 899$  単位（小数点以下四捨五入）

| 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 | 公費対象単位数 | 保険者番号 | 摘要 |
|-------------------------------------|---------|-----|----|---------|---------|-------|----|
| サービス提供票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。（従来通り。） |         |     |    |         |         |       |    |

サービス提供票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。（従来通り。）  
 ※〇〇事業所で給付管理の上限を超える額を調整しているため、計画単位数が限度額管理対象単位数より少なくなる。

|                     |       |      |  |      |  |      |           |
|---------------------|-------|------|--|------|--|------|-----------|
| ①サービス種類コード／②名称      | 11    |      |  |      |  |      |           |
| ③サービス実日数            | 8     | 日    |  |      |  |      |           |
| ④計画単位数              | 6565  |      |  |      |  |      |           |
| ⑤限度額管理対象単位数         | 7808  |      |  |      |  |      |           |
| ⑥限度額管理対象外単位数        | 899   |      |  |      |  |      | 給付率（/100） |
| ⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥ | 7464  |      |  |      |  |      | 保険 90     |
| ⑧公費分単位数             | 0     |      |  |      |  |      | 公費        |
| ⑨単位数単価              | 1000  | 円/単位 |  | 円/単位 |  | 円/単位 | 合計        |
| ⑩保険請求額              | 67176 |      |  |      |  |      | 67176     |
| ⑪利用者負担額             | 7464  |      |  |      |  |      | 7464      |
| 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 |
|               |     |   |                  |        |              |    |

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）

|         |         |                             |      |      |    |           |   |    |   |   |    |  |
|---------|---------|-----------------------------|------|------|----|-----------|---|----|---|---|----|--|
| 公費負担者番号 |         | 令和                          | 0    | 3    | 年  | 0         | 4 | 月分 |   |   |    |  |
| 公費受給者番号 |         | 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 | 1  | 1 | 1 | 1  |  |
|         | (フリガナ)  | カゴ 伊吹                       |      |      |    |           |   |    |   |   |    |  |
|         | 氏名      | 介護 一郎                       |      |      |    |           |   |    |   |   |    |  |
|         | 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  | 1.平成    | 0                           | 3    | 年    | 0  | 4         | 月 | 0  | 1 | 日 | から |  |
|         | 2.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    | 7    | 0  | 0         | 0 | 0  | 0 | 1 | 1  |  |
|         | 事業所名称   | △△事業所                       |      |      |    |           |   |    |   |   |    |  |
|         | 所在地     | 〒999-9999<br>〇〇県〇〇市△△町1-1-1 |      |      |    |           |   |    |   |   |    |  |
|         | 連絡先     | 電話番号 099-111-1111           |      |      |    |           |   |    |   |   |    |  |

|          |   |             |   |   |   |   |   |       |    |   |       |             |   |  |   |
|----------|---|-------------|---|---|---|---|---|-------|----|---|-------|-------------|---|--|---|
| 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    | 9   | 0           | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1     | 1  | 0 | 事業所名称 | 〇〇居宅介護支援事業所 |   |  |   |
| 開始年月日    | 1.平成  |             | 年 |   | 月 |   | 日 | 中止年月日 | 令和 |   | 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 |             |   |   |   |   |   |       |    |   |       |             |   |  |   |

| 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 |
|----------------------|---------|-----|----|---------|-------|---------|----|
| 通所介護Ⅲ61              | 154811  | 620 | 15 | 930     |       |         |    |
| 通所介護令和3年9月30日までの上乗せ分 |         |     |    |         |       |         |    |
| 通所介護入浴介助加算Ⅰ          | 155301  | 40  | 5  | 200     |       |         |    |
| 通所介護処遇改善加算Ⅱ          | 156107  | 409 | 1  | 409     |       |         |    |

大規模型通所介護費（Ⅱ）を算定する事業所がサービスを行ったため、請求する際は大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ61）で請求する。

| 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 | 公費対象単位数 | 施設所在保険者番号 | 摘要 |
|---|---------|-----|----|---------|---------|-----------|----|
| サービス提供票別表の区分支給限度基準内単位数を転記する。（従来通り。）<br>※通常規模型で給付管理が行われた結果を踏まえ、介護給付の対象となる大規模型通所介護費（Ⅱ）のサービスコード（15-4811：通所介護Ⅲ61）で算出した計画単位数を記載する。 |         |     |    |         |         |           |    |

|        |                     |       |      |  |      |  |      |  |           |       |
|--------|---------------------|-------|------|--|------|--|------|--|-----------|-------|
| 請求額集計欄 | ①サービス種類コード／②名称      | 15    |      |  |      |  |      |  |           |       |
|        | ③サービス実日数            | 15    | 日    |  |      |  |      |  |           |       |
|        | ④計画単位数              | 9509  |      |  |      |  |      |  |           |       |
|        | ⑤限度額管理対象単位数         | 9509  |      |  |      |  |      |  |           |       |
|        | ⑥限度額管理対象外単位数        | 409   |      |  |      |  |      |  | 給付率（/100） |       |
|        | ⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥ | 9918  |      |  |      |  |      |  | 保険        | 90    |
|        | ⑧公費分単位数             | 0     |      |  |      |  |      |  | 公費        |       |
|        | ⑨単位数単価              | 1000  | 円/単位 |  | 円/単位 |  | 円/単位 |  | 円/単位      | 合計    |
|        | ⑩保険請求額              | 89262 |      |  |      |  |      |  |           | 89262 |
|        | ⑪利用者負担額             | 9918  |      |  |      |  |      |  |           | 9918  |
|        | 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 |
|               |     |  |   |                  |        |              |    |
|               |     |  |   |                  |        |              |    |



