

<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 (※)	説明
1	令和3年9月30日 までの上乗せ分 (注1)	例1	請	令和3年9月30日までの上乗せ分を請求するパターン。 (端数処理において、小数点以下四捨五入を行うと1単位以上となる場合)
2		例2	請	令和3年9月30日までの上乗せ分を請求するパターン。 (端数処理において、小数点以下四捨五入を行うと1単位未満となる場合)
3		例3	請	令和3年9月30日までの上乗せ分を請求するパターン。 (基本報酬を含むサービスコードが複数の場合)
4		例4	請	令和3年9月30日までの上乗せ分を請求するパターン。 (計画単位数を超過する場合)
5		例5	請	令和3年9月30日までの上乗せ分を請求するパターン。 (特定施設入居者生活介護費の外部サービス利用型以外の場合)
6		例6	請	令和3年9月30日までの上乗せ分を請求するパターン。 (特定施設入居者生活介護費の外部サービス利用型の場合)
7		例7	請	令和3年9月30日までの上乗せ分を請求するパターン。 (介護予防特定施設入居者生活介護費の外部サービス利用型の場合)
8	看取り期における サービス利用実績 がない場合の居宅 介護支援費	例8	給	サービス利用の実績がない場合に居宅介護支援費を請求するパターン。 (計画したサービス種類が1種類の場合)
			請	
9		例9	給	サービス利用の実績がない場合に居宅介護支援費を請求するパターン。 (計画したサービス種類が複数の場合)
			請	

※種別については以下のとおりとする
給 …給付管理票 請 …請求明細書

注1 令和3年9月30日までは必ず当該上乗せ分の請求を行う必要がある。当該上乗せ分の請求を行わない場合、国保連合会の審査において返戻となる。

様式第二 (附則第二条関係)

記載例 2

令和3年9月30日までの上乘せ分を請求するパターン。
(端数処理において、小数点以下四捨五入を行うと1単位未満となる場合)

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・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)・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・短期利用以外))

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)	カノ 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 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			
開始年月日	1. 平成	年	月	日	中止年月日	令和
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.介護医療院入所 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
身体01・2人・I	116839	401	1	401
訪問介護令和3年9月30日までの上乘せ分	118300		1	1
訪問介護介護型サービス居宅介護I	116361		1	1
訪問介護介護改善加算II	116274	28	1	28

令和3年9月30日までの上乘せ分は、本体報酬を含むサービスコード(11-6839:身体01・2人・I)のサービス単位数に対して、+0.1%(小数点以下四捨五入。ただし、1単位未満となる場合は小数点以下切り上げ)に相当する単位数を算出し、「単位数」、「サービス単位数」に記載する。
また、「回数」は必ず1回と記載すること。
 $401 \times 0.001 = 0.401 \Rightarrow 1$ 単位(小数点以下四捨五入すると1単位未満となるため、小数点以下切り上げ)
※令和3年9月30日までは必ず当該上乘せ分の請求を行う必要がある。

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	公費分回数	公費対象単位数	保険者番号	調査

①サービス種類コード / ②名称	1	1						
③サービス実日数	1	日						
④計画単位数			2	8	1			
⑤限度額管理対象単位数			2	8	1			
⑥限度額管理対象外単位数			2	8				
⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥			3	0	9			給付率(/100) 保険 90
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			2	7	8	1		2 7 8 1
⑪利用者負担額			3	0	9			3 0 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)

記載例3
令和3年9月30日までの上乗せ分を請求するパターン。
(基本報酬を含むサービスコードが複数の場合)

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・定住型介護・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・短期利用以外))

公費負担者番号		令和	0	3	年	0	4	月			
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 行助									
	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	令和	0	4	年	0	3	月	3	1	日
請求事業者	事業所番号	9	0	7	0	0	0	0	0	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	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1生1・2人・深・I	112018	1141	3	3423			
訪問介護令和3年9月30日までの上乗せ分	118300		5		5		
訪問介護処遇改善加算II	116274	533	1	533			

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

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

記載例4
令和3年9月30日までの上乗せ分を請求するパターン。
(計画単位数を超過する場合)

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・定額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)	カネ 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 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	公費回数
身1生1・2人・夜・I	112017	952	2	1904	4
身1生1・2人・深・I	112018	1141	3	3423	3
訪問介護令和3年9月30日までの上乗せ分	118300		5		5
訪問介護処遇改善加算II	116274	100	1	100	0

本体報酬を含むサービスコード(11-2017:身1生1・2人・夜・I、11-2018:身1生1・2人・深・I)のサービス単位数の合計に対して、+0.1%(小数点以下四捨五入)に相当する単位数を算出し、「単位数」、「サービス単位数」に記載する。
また、「回数」は必ず1回と記載すること。
(1,904+3,423)×0.001=5.327⇒5単位(小数点以下四捨五入)
※令和3年9月30日までは必ず当該上乗せ分の請求を行う必要がある。

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	公費回数

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		5	日																
	④計画単位数			1	0	0	0													
	⑤限度額管理対象単位数			5	3	3	2													
	⑥限度額管理対象外単位数				1	0	0													
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥				1	1	0	0												
	⑧公費分単位数						0													
	⑨単位数単価		1	0	0	0	円/単位													
	⑩保険請求額				9	9	0	0												
	⑪利用者負担額				1	1	0	0												
	⑫公費請求額						0													
	⑬公費分本人負担						0													

令和3年9月30日までの上乗せ分は限度額管理対象であるため、限度額管理対象単位数に計上する。
計上した結果、計画単位数を超過した場合は通常の請求と同様に査定(計画単位数までを保険請求対象の単位数)とする。

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

様式第六の三（附則第二条関係）

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書
 （特定施設入居者生活介護（短期利用以外）・地域密着型特定施設入居者生活介護（短期利

記載例5
 令和3年9月30日までの上乗せ分を請求するパターン。
 （特定施設入居者生活介護費の外部サービス利用型以外の場合）

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	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																					
入居年月日	1.平成	0	3	年	0	4	月	0	1	日	退居年月日	令和		年		月		日	入居実日数	3	0	外泊日数	
入居前の状況	1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他 9.介護医療院																						
退居後の状況	1.居宅 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院 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 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
特定施設生活介護 5	3 3 1 1 5 1	8 0 7 3 0	2 4 2 1 0					
特定施設令和3年9月30日までの上乗せ分	3 3 8 3 0 0	2 4	1	2 4				
特定施設身体拘束廃止未実施減算 5	3 3 6 3 0 8	- 8 1 3 0	- 2 4 3 0					
本体報酬を含むサービスコード（33-1151：特定施設生活介護5）のサービス単位数に対して、+0.1%（小数点以下四捨五入）に相当する単位数を算出し、「サービス単位数」に記載する。 また、「単位数」、「サービス単位数」に記載する。 また、「回数」は必ず1回と記載すること。 $24,210 \times 0.001 = 24.21 \Rightarrow 24$ 単位（小数点以下四捨五入） ※令和3年9月30日までは必ず当該上乗せ分の請求を行う必要がある。								
合計								

区分	保険分						公費分					
①外部利用型給付上限単位数						0						
②外部利用型上限管理対象単位数						0						
③外部利用型外給付単位数						0						
④給付単位数		2	1	8	0	4						
⑤単位数単価	1	0	0	0	円/単位							
⑥給付率		9	0	/100					/100			
⑦請求額（円）	1	9	6	2	3	6						
⑧利用者負担額（円）		2	1	8	0	4						

様式第六の三（附則第二条関係）

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書
 (特定施設入居者生活介護（短期利用以外）・地域密着型特定施設入居者生活介護（短期

記載例 6

令和3年9月30日までの上乗せ分を請求するパターン。
 (特定施設入居者生活介護費の外部サービス利用型の場合)

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

令和	0	3	年	0	4	月	分
保険者番号	9	0	1	0	0	1	

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	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 2.令和										
	0 3 年 0 4 月 0 1 日 から 令和 0 4 年 0 3 月 3 1 日 まで										

請求事業者	事業所番号	9	0	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 〇〇県〇〇市△△町 1-1-1									
	連絡先	電話番号 099-111-1111									

入居年月日	1.平成 2.令和	0	3	年	0	4	月	0	1	日	退居年月日	令和		年		月		日	入居実日数	1	5	外泊日数		
入居前の状況	1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他 9.介護医療院																							
退居後の状況	1.居宅 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院 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 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要						
								3	3	1	2	0	1
外部特定施設生活介護	33-1151	8	3	1	5								
外部身体介護 3	33-1313	2	6	2	1	0							
外部訪問看護 I 3	33-1513	7	3	9	5								
外部令和3年9月30日までの上乗せ分	33-8301	8	1			8							
合計													

本体報酬を含むサービスコード（33-1151：特定施設生活介護5）と、外部サービス利用型の全サービス種類に関するサービスコード（33-1313：外部身体介護3、33-1513：外部訪問看護I 3）のサービス単位数の合計に対して、+0.1%（小数点以下四捨五入）に相当する単位数を算出し、「単位数」、「サービス単位数」に記載する。

また、「回数」は必ず1回と記載すること。

(1,245+2,620+3,695) × 0.001 = 7.56 ⇒ 8 単位（小数点以下四捨五入）

※令和3年9月30日までは必ず当該上乗せ分の請求を行う必要がある。

区分	保険分					公費分					
	1	0	0	0	円/単位	1	0	0	0	円/単位	
①外部利用型給付上限単位数	2	4	5	5	3						
②外部利用型上限管理対象単位数		7	5	6	8						
③外部利用型外給付単位数					0						
④給付単位数		7	5	6	8						
⑤単位数単価	1	0	0	0	円/単位						
⑥給付率		9	0	/100					/100		
⑦請求額（円）		6	8	1	1	2					
⑧利用者負担額（円）			7	5	6	8					

介護予防サービス介護給付費明細書
 （介護予防特定施設入居者生活介護）

記載例 7
 令和3年9月30日までの上乗せ分を請求するパターン。
 （介護予防特定施設入居者生活介護費の外部サービス利用型の場合）

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

令和	0	3	年	0	4	月	分													
保険者番号																				

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 仔時									
	氏名	介護 一郎									
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 3 0 年 0 3 月 0 3 日						性別	1. 男 2. 女		
	要支援状態区分	要支援 1・要支援 2									
認定有効期間	1.平成 2.令和 0 3 年 0 4 月 0 1 日 から										
	令和 0 4 年 0 3 月 3 1 日 まで										

請求事業者	事業所番号	9	0	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 〇〇県〇〇市△△町 1-1-1									
	連絡先	電話番号 099-111-1111									

入居年月日	1.平成 2.令和 0 3 年 0 4 月 0 1 日	退居年月日	令和 年 月 日	入居実日数	1 5	外泊日数	
入居前の状況	1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他 9.介護医療院						
退居後の状況	1.居宅 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院 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 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
予防外部特定施設生活	3 5 1 2 0 1	5 6	1 5	8 4 0			
予防外部訪問介護 I	3 5 1 3 1 1		1	1 0 5 7			
予防外部訪問看護 I 1	3 5 1 5 1 1	2 7 2	5	1 3 6 0			
予防外部通所介護 2	3 5 1 7 1 2		1	3 0 8 4			
予防外部令和3年9月30日までの上乗せ分	3 5 8 3 0 1	6	1	6			
合計							

本体報酬を含むサービスコード（35-1201：予防外部特定施設生活）と、外部サービス利用型の全サービス種類に関するサービスコード（35-1311：予防外部訪問介護 I、35-1511：予防外部訪問看護 I 1、35-1712：予防外部通所介護 2）のサービス単位数の合計に対して、+0.1%（小数点以下四捨五入）に相当する単位数を算出し、「単位数」、「サービス単位数」に記載する。また、「回数」は必ず1回と記載すること。
 $(840+1,057+1,360+3,084) \times 0.001 = 6.341 \Rightarrow 6$ 単位（小数点以下四捨五入）
 ※令和3年9月30日までは必ず当該上乗せ分の請求を行う必要がある。

請求額集計欄	区分																			
	①外部利用型給付上限単位数		1	0	5	3	1													
	②外部利用型上限管理対象単位数		6	3	4	7														
	③外部利用型外給付単位数					0														
	④給付単位数		6	3	4	7														
	⑤単位数単価	1	0	0	0	円/単位														
	⑥給付率		9	0	/100															
	⑦請求額（円）		5	7	1	2	3													
⑧利用者負担額（円）		6	3	4	7															

様式第七 (附則第二条関係)

居宅介護支援介護給付費明細書

令和	0	3	年	0	4	月分
----	---	---	---	---	---	----

保険者番号	9	0	1	0	0	1
-------	---	---	---	---	---	---

公費負担者番号															
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

居宅介護 支援事業者	事業所 番号	9	0	7	0	0	0	0	1	1	0	〒 1 1 1 - 1 1 1 1 1	所在地 〇〇県△△市□□1-1
	事業所 名称	〇〇居宅介護支援事業所											
	連絡先	電話番号 099-111-1111											
	単位数単 価	1	0	0	0	(円/単位)							

項番	被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	(フリガナ) 伊藤 伊吹	性別	1. 男	2. 女								
		公費受給者番号													氏名	介護 一郎								
		生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	3	0	年	3	月	3	日	要介護 状態区分		要介護 1・2・3・4・5	認定 有効期間	1. 平成 2. 令和	3	年	3	月	1	日	から
		担当介護支援 専門員番号											サービス計画 作成依頼 届出年月日		1. 平成 2. 令和	3	年	4	月	1	日	まで		

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要	サービス単位数合計
居宅介護支援 I i 2	4 3 2 2 1 1	1 3 9 8	1	1 3 9 8		1 7 9 9
居宅支援令和3年9月30日までの上乗せ分	4 3 8 3 0 0		1	1		請求額合計
居宅支援ターミナルケアマネジメント加算	4 3 6 1 0 0	4 0 0	1	4 0 0		1 7 9 9 0

令和3年9月30日までの上乗せ分は、本体報酬を含むサービスコード(43-2211:居宅介護支援 I i 2)のサービス単位数に対して、+0.1%(小数点以下四捨五入)に相当する単位数を算出し、「単位数」、「サービス単位数」に記載する。
また、「回数」は必ず1回と記載すること。
 $1,398 \times 0.001 = 1.398 \Rightarrow 1$ 単位 (小数点以下四捨五入)
※令和3年9月30日までは必ず当該上乗せ分の請求を行う必要がある。

項番	被保険者	被保険者番号												性別										
		公費受給者番号													氏名									
		生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和			年				日	要介護 状態区分		要介護 1・2・3・4・5	認定 有効期間	1. 平成 2. 令和			年			日	から
		担当介護支援 専門員番号											サービス計画 作成依頼 届出年月日		1. 平成 2. 令和			年			月		日	まで

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要	サービス単位数合計
						請求額合計

居宅介護支援介護給付費明細書

令和 0 3 年 0 4 月分

保険者番号 9 0 1 0 0 1

公費負担者番号

居宅介護 支援事業者	事業所 番号	9 0 7 0 0 0 0 1 1 0	所在地	〒 1 1 1 1 - 1 1 1 1	
	事業所 名称	〇〇居宅介護支援事業所		〇〇県△△市□□1-1	
	連絡先			電話番号 099-111-1111	
	単位数単 価			1 0 0 0 (円/単位)	

項番	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 1 1 1 1	(フリガナ)	カコ 仔吋				性別	1. 男 2. 女			
	公費受給者番号		氏名	介護 一郎								
被保険者	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和		要介護 状態区分	要介護 1・2・3・4・5	認定 有効期間	1. 平成 2. 令和		3 年 3 月 1 日 から 令和 4 年 3 月 3 1 日 まで			
	担当介護支援 専門員番号						サービス計画 作成依頼 届出年月日	1. 平成 2. 令和		3 年 4 月 1 日		
給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要		サービス単位数合計				
	居宅介護支援 I i 2	4 3 2 2 1 1	1 3 9 8	1	1 3 9 8			1 7 9 9				
	居宅支援令和3年9月30日までの上乗せ分	4 3 8 3 0 0		1 1	1			請求額合計				
	居宅支援ターミナルケアマネジメント加算	4 3 6 1 0 0	4 0 0	1	4 0 0			1 7 9 9 0				
<p>令和3年9月30日までの上乗せ分は、本体報酬を含むサービスコード (43-2211:居宅介護支援 I i 2) のサービス単位数に対して、+0.1% (小 数点以下四捨五入) に相当する単位数を算出し、「単位数」、「サービス単 位数」に記載する。 また、「回数」は必ず1回と記載すること。 1,398×0.001=1.398 ⇒1 単位 (小数点以下四捨五入) ※令和3年9月30日までは必ず当該上乗せ分の請求を行う必要がある。</p>												
項番	被保険者番号		氏名									
被保険者	公費受給者番号		生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和		要介護 状態区分	要介護 1・2・3・4・5	認定 有効期間	1. 平成 2. 令和		年 月 日 から 年 月 日 まで	
	担当介護支援 専門員番号				サービス計画 作成依頼 届出年月日				1. 平成 2. 令和		年 月 日	
給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要		サービス単位数合計				
								請求額合計				