

資料1 - 2	H18.9.27
障害福祉サービス事業者説明会	
千葉県障害者自立支援課	

# 厚生労働省提供資料

- ・ 介護給付費等請求明細書【記載例】
- ・ 居宅介護サービスコード使用例

介護給付費・訓練等給付費等明細書

(居宅介護、行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、旧法施設支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援)

市町村番号 X X X X X X
助成自治体番号

平成 1 8 年 1 1 月 分

受給者証番号 X X X X X X X X X X
支給決定障害者等氏名 XX XX
支給決定に係る障害児氏名

指定事業所番号 X X 1 X X X X X X X
事業者及びその事業所の名称 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
地域区分 特甲地
社会福祉法人等軽減措置実施の有無 1

利用者負担上限月額 1 5 0 0 0 社会福祉法人等軽減対象者 2

利用者負担上限額 管理事業所 指定事業所番号 管理結果 管理結果額
事業所名称

サービス種別 1 1 開始年月日 平成 1 8 年 1 0 月 0 1 日 終了年月日 平成 年 月 日 利用日数 6 入院日数
1 3 開始年月日 平成 1 8 年 1 0 月 0 1 日 終了年月日 平成 年 月 日 利用日数 3 入院日数

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
身体日中1.5 1 1 1 1 1 9 5 8 0 4 2 3 2 0
身体早朝1.0 1 1 1 1 9 9 5 0 0 4 2 0 0 0
身体夜間0.5深夜1.0 1 1 1 4 9 1 8 1 3 4 3 2 5 2
家事早朝0.5 1 1 6 1 9 5 1 0 0 4 4 0 0
行動援護2.0 1 3 1 1 4 1 7 2 8 3 2 1 8 4

事例1
1 利用者負担関係
所得区分 低所得1
社会福祉軽減措置対象者
2 提供サービス
居宅介護 6日
行動援護 3日

サービス種類コード 1 1 居宅介護 1 3 行動援護
サービス利用日数 0 6 日 0 3 日
給付単位数 7 9 7 2 2 1 8 4
単位数単価 1 0 6 0 円/単位 1 0 6 0 円/単位
給付率 9 0 / 100 9 0 / 100 / 100 / 100
総費用額 8 4 5 0 3 2 3 1 5 0
請求額 7 6 0 5 2 2 0 8 3 5
利用者負担額 8 4 5 1 2 3 1 5
上限月額調整( の内少ない)数 8 4 5 1 2 3 1 5
社会福祉法人等軽減後利用者負担額
社会福祉法人等軽減額
調整後利用者負担額
調整後社会福祉法人等軽減額
調整後利用者負担額(短期用)
上限額管理後利用者負担額
市町村請求額 7 6 0 5 2 2 0 8 3 5
自治体助成分請求額

特定障害者特別給付費 算定日額 日数 市町村請求額 実費算定額 境界層食費免除額 枚中 枚目



介護給付費・訓練等給付費等明細書

(居宅介護、行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、旧法施設支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援)

市町村番号 X X X X X X
助成自治体番号

平成 1 8 年 1 1 月分

受給者証番号 X X X X X X X X X X
支給決定障害者等氏名 XX XX
支給決定に係る障害児氏名

指定事業所番号 X X 1 X X X X X X X
事業者及びその事業所の名称 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
地域区分 特甲地
社会福祉法人等軽減措置実施の有無 1

利用者負担上限月額 1 5 0 0 0 社会福祉法人等軽減対象者 2

利用者負担上限額 管理事業所 指定事業所番号 管理結果 管理結果額
事業所名称

サービス種別 1 1 開始年月日 平成 1 8 年 1 0 月 0 1 日 終了年月日 平成 年 月 日 利用日数 6 入院日数
1 3 開始年月日 平成 1 8 年 1 0 月 0 1 日 終了年月日 平成 年 月 日 利用日数 3 入院日数

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
身体日中1.5 1 1 1 1 1 9 5 8 0 4 2 3 2 0
身体早朝1.0 1 1 1 1 9 9 5 0 0 4 2 0 0 0
身体夜間0.5深夜1.0 1 1 1 4 9 1 8 1 3 4 3 2 5 2
家事早朝0.5 1 1 6 1 9 5 1 0 0 4 4 0 0
行動援護2.0 1 3 1 1 4 1 7 2 8 3 2 1 8 4

事例3
1 利用者負担関係
所得区分 低所得1
社会福祉軽減措置対象者
自治体助成対象者:全額助成
2 提供サービス
居宅介護 6日
行動援護 3日

サービス種類コード 1 1 居宅介護 1 3 行動援護
サービス利用日数 0 6 日 0 3 日
給付単位数 7 9 7 2 2 1 8 4
単位数単価 1 0 6 0 円/単位 1 0 6 0 円/単位
給付率 9 0 / 100 9 0 / 100 / 100 / 100
総費用額 8 4 5 0 3 2 3 1 5 0
請求額 7 6 0 5 2 2 0 8 3 5
利用者負担額 8 4 5 1 2 3 1 5
上限月額調整( の内少ない)数 8 4 5 1 2 3 1 5
社会福祉法人等軽減後利用者負担額
社会福祉法人等軽減額
調整後利用者負担額
調整後社会福祉法人等軽減額
調整後利用者負担額(短期用)
上限額管理後利用者負担額
市町村請求額 7 6 0 5 2 2 0 8 3 5 9 6 8 8 7
自治体助成分請求額 8 4 5 1 2 3 1 5 1 0 7 6 6

特定障害者特別給付費 算定日額 日数 市町村請求額 実費算定額 境界層食費免除額 枚中 枚目

介護給付費・訓練等給付費等明細書

(居宅介護、行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、旧法施設支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援)

市町村番号 X X X X X X
助成自治体番号

平成 1 8 年 1 1 月 分

受給者証番号 X X X X X X X X X X
支給決定障害者等氏名 XX XX
支給決定に係る障害児氏名

指定事業所番号 X X 1 X X X X X X X
事業者及びその事業所の名称
地域区分 特甲地
社会福祉法人等軽減措置実施の有無 1

利用者負担上限月額 1 5 0 0 0 社会福祉法人等軽減対象者 2

利用者負担上限額 管理事業所 指定事業所番号 管理結果 管理結果額
事業所名称

サービス種別 1 1 開始年月日 平成 1 8 年 1 0 月 0 1 日 終了年月日 平成 年 月 日 利用日数 6 入院日数
1 3 開始年月日 平成 1 8 年 1 0 月 0 1 日 終了年月日 平成 年 月 日 利用日数 3 入院日数

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
身体日中1.5 1 1 1 1 1 9 5 8 0 4 2 3 2 0
身体早朝1.0 1 1 1 1 9 9 5 0 0 4 2 0 0 0
身体夜間0.5深夜1.0 1 1 1 4 9 1 8 1 3 4 3 2 5 2
家事早朝0.5 1 1 6 1 9 5 1 0 0 4 4 0 0
行動援護2.0 1 3 1 1 4 1 7 2 8 3 2 1 8 4

事例4
1 利用者負担関係
所得区分 低所得1
社会福祉軽減措置対象者
自治体助成対象者: 1 / 2助成
2 提供サービス
居宅介護 6日
行動援護 3日

サービス種類コード 1 1 居宅介護 1 3 行動援護
サービス利用日数 0 6 日 0 3 日
給付単位数 7 9 7 2 2 1 8 4
単位数単価 1 0 6 0 円/単位 1 0 6 0 円/単位
給付率 9 0 / 100 9 0 / 100 / 100 / 100
総費用額 8 4 5 0 3 2 3 1 5 0
請求額 7 6 0 5 2 2 0 8 3 5
利用者負担額 8 4 5 1 2 3 1 5
上限月額調整(の内少ない)数 8 4 5 1 2 3 1 5
自治体助成分請求額 4 2 2 5 1 1 5 7

特定障害者特別給付費 算定日額 日数 市町村請求額 実費算定額 境界層食費免除額 枚中 枚目

介護給付費・訓練等給付費等明細書

(居宅介護、行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、旧法施設支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援)

市町村番号 X X X X X X
助成自治体番号

平成 1 8 年 1 1 月 分

受給者証番号 X X X X X X X X X X
支給決定障害者等氏名 XX XX
支給決定に係る障害児氏名

指定事業所番号 X X 1 X X X X X X X
事業者及びその事業所の名称 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
地域区分 特甲地
社会福祉法人等軽減措置実施の有無 2

利用者負担上限月額 1 5 0 0 0 社会福祉法人等軽減対象者 2

利用者負担上限額 管理事業所 指定事業所番号 管理結果 管理結果額
事業所名称

サービス種別 1 1 開始年月日 平成 1 8 年 1 0 月 0 1 日 終了年月日 平成 年 月 日 利用日数 6 入院日数
1 3 開始年月日 平成 1 8 年 1 0 月 0 1 日 終了年月日 平成 年 月 日 利用日数 3 入院日数

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
身体日中1.5 1 1 1 1 1 9 5 8 0 4 2 3 2 0
身体早朝1.0 1 1 1 1 9 9 5 0 0 4 2 0 0 0
身体夜間0.5深夜1.0 1 1 1 4 9 1 8 1 3 4 3 2 5 2
家事早朝0.5 1 1 6 1 9 5 1 0 0 4 4 0 0
行動援護2.0 1 3 1 1 4 1 7 2 8 3 2 1 8 4

事例5
1 利用者負担関係
所得区分 低所得1
社会福祉軽減措置対象者
2 提供サービス
【社会福祉法人等軽減措置実施事業所】
居宅介護 6日
行動援護 3日

サービス種類コード 1 1 居宅介護 1 3 行動援護
サービス利用日数 0 6 日 0 3 日
給付単位数 7 9 7 2 2 1 8 4
単位数単価 1 0 6 0 円/単位 1 0 6 0 円/単位
給付率 9 0 / 100 9 0 / 100 / 100 / 100
総費用額 8 4 5 0 3 2 3 1 5 0 1 0 7 6 5 3
請求額に基づく 請求額 7 6 0 5 2 2 0 8 3 5
利用者負担額 8 4 5 1 2 3 1 5
上限月額調整( の内少ない)数 8 4 5 1 2 3 1 5 1 0 7 6 6
社会福祉法人等軽減後利用者負担額 7 5 0 0 2 3 1 5 9 8 1 5
社会福祉法人等軽減額 9 5 1 0 9 5 1
調整後利用者負担額 7 5 0 0 0 7 5 0 0
調整後社会福祉法人等軽減額 9 5 1 2 3 1 5 3 2 6 6
調整後利用者負担額(短期用)
上限額管理後利用者負担額
市町村請求額 7 6 0 5 2 2 0 8 3 5 9 6 8 8 7
自治体助成分請求額

特定障害者特別給付費 算定日額 日数 市町村請求額 実費算定額 境界層食費免除額 枚中 枚目

介護給付費・訓練等給付費等明細書

(居宅介護、行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、旧法施設支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援)

市町村番号 X X X X X X
助成自治体番号

平成 1 8 年 1 1 月 分

受給者証番号 X X X X X X X X X X
支給決定障害者等氏名 XX XX
支給決定に係る障害児氏名

指定事業所番号 X X 1 X X X X X X X
事業者及びその事業所の名称 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
地域区分 特甲地
社会福祉法人等軽減措置実施の有無 2

利用者負担上限月額 1 5 0 0 0 社会福祉法人等軽減対象者 2

利用者負担上限額 管理事業所 指定事業所番号 y y 3 y y y y y y y 管理結果 3 管理結果額 3 0 0
事業所名称 YYYYYYYYYYYYYYYYYY

サービス種別 1 1 開始年月日 平成 1 8 年 1 0 月 0 1 日 終了年月日 平成 年 月 日 利用日数 6 入院日数
1 3 開始年月日 平成 1 8 年 1 0 月 0 1 日 終了年月日 平成 年 月 日 利用日数 3 入院日数

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
身体日中1.5 1 1 1 1 1 9 5 8 0 4 2 3 2 0
身体早朝1.0 1 1 1 1 9 9 5 0 0 4 2 0 0 0
身体夜間0.5深夜1.0 1 1 1 4 9 1 8 1 3 4 3 2 5 2
家事早朝0.5 1 1 6 1 9 5 1 0 0 4 4 0 0
行動援護2.0 1 3 1 1 4 1 7 2 8 3 2 1 8 4
事例6
1 利用者負担関係
所得区分 低所得1
社会福祉軽減措置対象者
上限額管理対象者
2 提供サービス
【社会福祉法人等軽減措置実施事業所】
居宅介護 6日
行動援護 3日

サービス種類コード 1 1 居宅介護 1 3 行動援護
サービス利用日数 0 6 日 0 3 日
給付単位数 7 9 7 2 2 1 8 4
単位数単価 1 0 6 0 円/単位 1 0 6 0 円/単位
給付率 9 0 / 100 9 0 / 100 / 100 / 100
総費用額 8 4 5 0 3 2 3 1 5 0
請求額 7 6 0 5 2 2 0 8 3 5
利用者負担額 8 4 5 1 2 3 1 5
上限月額調整(の内少ない)数 8 4 5 1 2 3 1 5
社会福祉法人等軽減後利用者負担額 7 5 0 0 2 3 1 5
社会福祉法人等軽減額 9 5 1 0
調整後利用者負担額 7 5 0 0 0
調整後社会福祉法人等軽減額 9 5 1 2 3 1 5
調整後利用者負担額(短期用)
上限額管理後利用者負担額 3 0 0 0
市町村請求額 8 3 2 5 2 2 0 8 3 5
自治体助成分請求額

特定障害者特別給付費 算定日額 日数 市町村請求額 実費算定額 境界層食費免除額 枚中 枚目

# 利用者負担上限額管理結果票

平成 1 8 年 1 1 月分

市町村番号	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
受給者証番号	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
支給決定障害者等氏名	xx xx																			
支給決定に係る障害児氏名																				

指定事業所番号	y	y	3	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y	y
管理事業者	事業所及びその事業所の名称 YYYYYYYYYYYYYYYYYYYY													

利用者負担上限月額 1 5 0 0 0 社会福祉法人等軽減対象者 2

利用者負担上限額管理結果 3

- 1 管理事業所で利用者負担額を充当したため、他事業所の利用者負担は発生しない。
- 2 利用者負担額の合算額が、負担上限月額以下のため、調整事務は行わない。
- 3 利用者負担額の合算額が、負担上限月額を超過するため、下記のとおり調整した。

項番	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
事業所番号	zz1zzzzzzz					xx1xxxxxxx															
事業所名称	zzzzzzzzzz					xxxxxxxxxxx															
総費用額	1	4	7	0	0	0	1	0	7	6	5	3									
利用者負担額		1	4	7	0	0			7	5	0	0									
社会福祉法人等軽減額									3	2	6	6									
管理結果																					
利用者負担額		1	4	7	0	0			3	0	0										
社会福祉法人等軽減額									3	2	6	6									
介護給付費等	1	3	2	3	0	0	1	0	4	0	8	7									

事例6-2  
1 上限額管理事業所  
【相談支援事業所】

項番	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
事業所番号																				
事業所名称																				
総費用額																				
利用者負担額																				
社会福祉法人等軽減額																				
管理結果																				
利用者負担額																				
社会福祉法人等軽減額																				
介護給付費等																				

上記内容について確認しました。

平成 年 月 日  
支給決定障害者等氏名



介護給付費・訓練等給付費等明細書

(居宅介護、行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、旧法施設支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援)

市町村番号 X X X X X X
助成自治体番号

平成 1 8 年 1 2 月 分

受給者証番号 X X X X X X X X X X
支給決定障害者等氏名 XX XX
支給決定に係る障害児氏名

指定事業所番号 X X 1 X X X X X X X
事業者及びその事業所の名称 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
地域区分 特甲地
社会福祉法人等軽減措置実施の有無 1

利用者負担上限月額 1 5 0 0 0 社会福祉法人等軽減対象者 2

利用者負担上限額 管理事業所 指定事業所番号 管理結果 管理結果額
事業所名称

サービス種別 1 2 開始年月日 平成 1 8 年 1 0 月 0 1 日 終了年月日 平成 年 月 日 利用日数 1 3 入院日数

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
重訪 日中4.0 1 2 1 3 1 1 1 6 0 3 1 4 9 6 0
重訪 早期4.0 1 2 2 3 1 1 2 0 0 2 1 4 2 0 0
重訪 夜間8.0 1 2 3 3 2 1 1 8 8 1 7 3 1 9 6
重訪 深夜8.0 1 2 4 3 2 1 2 2 5 9 2 0 2 5
重訪移動介護加算2 1 2 5 0 2 1 1 5 0 1 3 1 9 5 0

事例8
1 利用者負担関係
所得区分 低所得1
社会福祉軽減措置対象者
2 提供サービス
重度訪問介護 13日

サービス種類コード 1 2 重度訪問介護
サービス利用日数 1 3 日
給付単位数 1 6 3 3 1
単位数単価 1 0 6 0 円/単位
給付率 9 0 / 100
総費用額 1 7 3 1 0 8
請求額集計欄
請求額に基づく
請求額 1 5 5 7 9 7
利用者負担額 1 7 3 1 1
上限月額調整( の内少ない数) 1 5 0 0 0
社会福祉法人等軽減後利用者負担額
社会福祉法人等軽減額
調整後利用者負担額
調整後社会福祉法人等軽減額
調整後利用者負担額(短期用)
上限額管理後利用者負担額
市町村請求額 1 5 8 1 0 8
自治体助成分請求額

特定障害者特別給付費 算定日額 日数 市町村請求額 実費算定額 境界層食費免除額 枚中 枚目









### 介護給付費・訓練等給付費等明細書

(居宅介護、行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、旧法施設支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援)

市町村番号	X	X	X	X	X	X
助成自治体番号						

平成	1	9	年	0	4	月	分
----	---	---	---	---	---	---	---

受給者証番号	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
支給決定障害者等氏名	XX XX									
支給決定に係る障害児氏名										

指定事業所番号	X	X	1	X	X	X	X	X	X	X
請求事業者 事業者及びその事業所の名称	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX									
	地域区分	特甲地								
	社会福祉法人等軽減措置実施の有無	1								

利用者負担上限月額	3	7	2	0	0	社会福祉法人等軽減対象者	1
-----------	---	---	---	---	---	--------------	---

利用者負担上限額 管理事業所	指定事業所番号											管理結果	管理結果額				
	事業所名称																

サービス種別	2	2	開始年月日	平成	1	8	年	1	0	月	0	1	日	終了年月日	平成			年			月			日	利用日数	1	2	入院日数		
	3	2	開始年月日	平成	1	8	年	1	0	月	0	1	日	終了年月日	平成			年			月			日	利用日数	3	0	入院日数		0
	4	6	開始年月日	平成	1	8	年	1	1	月	0	1	日	終了年月日	平成			年			月			日	利用日数	1	0	入院日数		

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							
	2	2	8	1	7	1	2	9	8	0						
生活介護 2	2	2	1	2	4	1	8	1	7	1	2	9	8	0	4	
施設入所 2	3	2	1	1	6	1	2	8	9	3	0	8	6	7	0	
施入栄養管理体制加算 1	3	2	5	1	7	0		1	2	3	0		3	6	0	
就継B 2	4	6	1	2	2	1	4	2	9	1	0	4	2	9	0	

事例13

1 利用者負担関係  
所得区分 一般

2 提供サービス  
施設入所支援 30日  
生活介護 12日  
就労継続B型 10日

サービス種類コード	3	2	施設入所支援	2	2	生活介護	4	6	就労継続支援B型			合計														
サービス利用日数	3	0	日	1	2	日	1	0	日			日														
給付単位数			9	0	3	0	9	8	0	4	4	2	9	0			2	3	1	2	4					
単位数単価	1	0	6	6	円/単位	1	0	6	1	円/単位	1	0	5	7	円/単位			/	/	/	/	/				
給付率			9	0	/100	9	0	/100	9	0	/100			/100			/	/	/	/	/					
総費用額			9	6	2	5	9	1	0	4	0	2	0	4	5	3	4	5			2	4	5	6	2	4
給付率に基づく	請求額		8	6	6	3	3	9	3	6	1	8	4	0	8	1	0				/	/	/	/	/	
	利用者負担額		9	6	2	6	1	0	4	0	2	4	5	3	5						/	/	/	/	/	
上限月額調整(の内少ない数)			9	6	2	6	1	0	4	0	2	4	5	3	5						2	4	5	6	3	
社会福祉法人等軽減後利用者負担額																										
社会福祉法人等軽減額																										
調整後利用者負担額																										
調整後社会福祉法人等軽減額																										
調整後利用者負担額(短期用)																										
上限額管理後利用者負担額																										
市町村請求額			8	6	6	3	3	9	3	6	1	8	4	0	8	1	0				2	2	1	0	6	1
自治体助成分請求額																										

特定障害者特別給付費	算定日額	日数	市町村請求額	実費算定額	境界層食費免除額	枚中	枚目
------------	------	----	--------	-------	----------	----	----

### 介護給付費・訓練等給付費等明細書

(居宅介護、行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、旧法施設支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援)

市町村番号	X	X	X	X	X	X
助成自治体番号						

平成	1	9	年	0	4	月	分
----	---	---	---	---	---	---	---

受給者証番号	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
支給決定障害者等氏名	XX XX									
支給決定に係る障害児氏名										

指定事業所番号	X	X	1	X	X	X	X	X	X	X
請求事業者 事業者及びその事業所の名称	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX									
	地域区分	特甲地								
	社会福祉法人等軽減措置実施の有無	1								

利用者負担上限月額	3	7	2	0	0	社会福祉法人等軽減対象者	1
-----------	---	---	---	---	---	--------------	---

利用者負担上限額 管理事業所	指定事業所番号											管理結果	管理結果額						
	事業所名称																		

サービス種別	2	2	開始年月日	平成	1	8	年	1	0	月	0	1	日	終了年月日	平成			年			月			日	利用日数	1	2	入院日数		
	3	2	開始年月日	平成	1	8	年	1	0	月	0	1	日	終了年月日	平成	1	8	年	1	2	月	1	0	日	利用日数		9	入院日数		1
	4	6	開始年月日	平成	1	8	年	1	1	月	0	1	日	終了年月日	平成			年			月			日	利用日数	1	0	入院日数		

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							
	2	2	8	1	7	1	9	8								
生活介護 2	2	2	1	2	4	1	8	1	7	1	2	9	8	0	4	
施設入所 2	3	2	1	1	6	1	2	8	9	9	2	6	0	1		
施入入院外泊時加算1	3	2	5	7	1	0	3	2	0	1	3	2	0			
施入栄養管理体制加算 1	3	2	5	1	7	0		1	2	9	1	0	8			
就継B 2	4	6	1	2	2	1	4	2	9	1	0	4	2	9	0	

事例14

1 利用者負担関係  
所得区分 一般

2 提供サービス  
施設入所支援 9日(外泊3日)  
生活介護 12日  
就労継続B型 10日

サービス種類コード	3	2	施設入所支援	2	2	生活介護	4	6	就労継続支援B型			合計						
サービス利用日数	9日		12日		10日						日							
給付単位数	3029		9804		4290							1	7	1	2	3		
単位数単価	1	0	6	6	円/単位	1	0	6	1	円/単位	1	0	5	7	円/単位			
給付率	90 / 100		90 / 100		90 / 100						/ 100							
総費用額	322891		04020		45345							1	8	1	6	5	4	
請求額	29060		93618		40810													
利用者負担額	3229		10402		4535													
上限月額調整(の内少ない数)	3229		10402		4535							1	8	1	6	6		
社会福祉法人等軽減後利用者負担額																		
社会福祉法人等軽減額																		
調整後利用者負担額																		
調整後社会福祉法人等軽減額																		
調整後利用者負担額(短期用)																		
上限額管理後利用者負担額																		
市町村請求額	29060		93618		40810							1	6	3	4	8	8	
自治体助成分請求額																		

特定障害者特別給付費	算定日額	日数	市町村請求額	実費算定額	境界層食費免除額	枚中	枚目
------------	------	----	--------	-------	----------	----	----

### 介護給付費・訓練等給付費等明細書

(居宅介護、行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、旧法施設支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援)

市町村番号	X	X	X	X	X	X
助成自治体番号						

平成	1	9	年	0	4	月	分
----	---	---	---	---	---	---	---

受給者証番号	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
支給決定障害者等氏名	XX XX									
支給決定に係る障害児氏名										

指定事業所番号	X	X	1	X	X	X	X	X	X	X
請求事業者 事業者及びその事業所の名称	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX									
	地域区分	特甲地								
	社会福祉法人等軽減措置実施の有無	1								

利用者負担上限月額	5	6	0	0	社会福祉法人等軽減対象者	1
-----------	---	---	---	---	--------------	---

利用者負担上限額 管理事業所	指定事業所番号														管理結果	管理結果額							
	事業所名称																						

サービス種別	2	2	開始年月日	平成	1	8	年	1	0	月	0	1	日	終了年月日	平成			年			月			日	利用日数	1	2	入院日数		
	3	2	開始年月日	平成	1	8	年	1	0	月	0	1	日	終了年月日	平成			年			月			日	利用日数	3	0	入院日数		0
	4	6	開始年月日	平成	1	8	年	1	1	月	0	1	日	終了年月日	平成			年			月			日	利用日数	1	0	入院日数		

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								
	1	2	1	2	1	2	1	2									
生活介護 2	2	2	1	2	4	1	8	1	7	1	2	9	8	0	4		
施設入所 2	3	2	1	1	6	1	2	8	9	3	0	8	6	7	0		
施入栄養管理体制加算 1	3	2	5	1	7	0		1	2	3	0		3	6	0		
就継B 2	4	6	1	2	2	1	4	2	9	1	0	4	2	9	0		

事例15

1 利用者負担関係  
所得区分 個別減免

2 提供サービス  
施設入所支援 30日  
生活介護 12日  
就労継続B型 10日

サービス種類コード	3	2	施設入所支援	2	2	生活介護	4	6	就労継続支援B型			合計												
サービス利用日数	3	0	日	1	2	日	1	0	日															
給付単位数			9	0	3	0	9	8	0	4			2	3	1	2	4							
単位数単価	1	0	6	6	円/単位	1	0	6	1	円/単位	1	0	5	7	円/単位									
給付率			9	0	/100	9	0	/100	9	0	/100			/100										
総費用額			9	6	2	5	9	1	0	4	0	2	0	4	5	3	4	5						
給付率に基づく	請求額		8	6	6	3	3	9	3	6	1	8	4	0	8	1	0							
	利用者負担額		9	6	2	6	1	0	4	0	2	4	5	3	5									
上限月額調整(の内少ない数)			5	6	0	0	5	6	0	0	4	5	3	5				1	5	7	3	5		
社会福祉法人等軽減後利用者負担額																								
社会福祉法人等軽減額																								
調整後利用者負担額			5	6	0	0	0	0	0	0								5	6	0	0			
調整後社会福祉法人等軽減額																								
調整後利用者負担額(短期用)																								
上限額管理後利用者負担額																								
市町村請求額			9	0	6	5	9	1	0	4	0	2	0	4	5	3	4	5	2	4	0	0	2	4
自治体助成分請求額																								

特定障害者特別給付費	算定日額	日数	市町村請求額	実費算定額	境界層食費免除額	枚中	枚目
------------	------	----	--------	-------	----------	----	----

介護給付費・訓練等給付費等明細書

(居宅介護、行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、旧法施設支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援)

市町村番号 X X X X X X
助成自治体番号

平成 1 9 年 0 4 月 分

受給者証番号 X X X X X X X X X X
支給決定障害者等氏名 XX XX
支給決定に係る障害児氏名

指定事業所番号 X X 1 X X X X X X X
事業者及びその事業所の名称 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
地域区分 特甲地
社会福祉法人等軽減措置実施の有無 1

利用者負担上限月額 0 社会福祉法人等軽減対象者 1

利用者負担上限額 管理事業所 指定事業所番号 管理結果 管理結果額
事業所名称

サービス種別 2 2 開始年月日 平成 1 8 年 1 0 月 0 1 日 終了年月日 平成 年 月 日 利用日数 1 2 入院日数
3 2 開始年月日 平成 1 8 年 1 0 月 0 1 日 終了年月日 平成 年 月 日 利用日数 3 0 入院日数 0
4 6 開始年月日 平成 1 8 年 1 1 月 0 1 日 終了年月日 平成 年 月 日 利用日数 1 0 入院日数

給付費明細欄
サービス内容 サービスコード 単位数 回数 サービス単位数 摘要
生活介護 2 2 2 1 2 4 1 8 1 7 1 2 9 8 0 4
施設入所 2 3 2 1 1 6 1 2 8 9 3 0 8 6 7 0
施設入所支援 1 3 2 5 1 7 0 1 2 3 0 3 6 0
就継B 2 4 6 1 2 2 1 4 2 9 1 0 4 2 9 0
事例16
1 利用者負担関係
所得区分 生活保護
2 提供サービス
施設入所支援 30日
生活介護 12日
就労継続B型 10日

請求額集計欄
サービス種類コード 3 2 施設入所支援 2 2 生活介護 4 6 就労継続支援B型
サービス利用日数 3 0 日 1 2 日 1 0 日
給付単位数 9 0 3 0 9 8 0 4 4 2 9 0
単位数単価 1 0 6 6 円/単位 1 0 6 1 円/単位 1 0 5 7 円/単位
給付率 9 0 / 100 9 0 / 100 9 0 / 100
総費用額 9 6 2 5 9 1 0 4 0 2 0 4 5 3 4 5
請求額に基づく 請求額 8 6 6 3 3 9 3 6 1 8 4 0 8 1 0
利用者負担額 9 6 2 6 1 0 4 0 2 4 5 3 5
上限月額調整( の内少ない数) 0 0 0
社会福祉法人等軽減後利用者負担額
社会福祉法人等軽減額
調整後利用者負担額
調整後社会福祉法人等軽減額
調整後利用者負担額(短期用)
上限額管理後利用者負担額
市町村請求額 9 6 2 5 9 1 0 4 0 2 0 4 5 3 4 5
自治体助成分請求額

特定障害者特別給付費 算定日額 日数 市町村請求額 実費算定額 境界層食費免除額
1 1 8 4 3 0 3 5 5 2 0 5 6 5 2 0 2 1 0 0 0 枚中 枚目

介護給付費・訓練等給付費等明細書

(居宅介護、行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、旧法施設支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援)

市町村番号 X X X X X X
助成自治体番号

平成 1 8 年 1 2 月分

受給者証番号 X X X X X X X X X X
支給決定障害者等氏名 XX XX
支給決定に係る障害児氏名

指定事業所番号 X X 1 X X X X X X X
事業者及びその事業所の名称
地域区分 特甲地
社会福祉法人等軽減措置実施の有無 2

利用者負担上限月額 1 5 0 0 0 社会福祉法人等軽減対象者 2

利用者負担上限額 管理事業所 指定事業所番号 管理結果 管理結果額
事業所名称

サービス種別 2 2 開始年月日 平成 1 8 年 1 0 月 0 1 日 終了年月日 平成 年 月 日 利用日数 1 2 入院日数
4 6 開始年月日 平成 1 8 年 1 1 月 0 1 日 終了年月日 平成 年 月 日 利用日数 1 0 入院日数

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
生活介護 2 2 2 1 2 4 1 8 1 7 1 2 9 8 0 4
就継B 2 4 6 1 2 2 1 4 2 9 1 0 4 2 9 0
事例17
1 利用者負担関係
所得区分 低所得1
社会福祉法人減免対象者
2 提供サービス
【社会福祉法人等軽減措置実施事業所】
生活介護 12日
就労継続B型 10日

サービス種類コード 2 2 生活介護 4 6 就労継続支援B型
サービス利用日数 1 2 日 1 0 日
給付単位数 9 8 0 4 4 2 9 0
単位数単価 1 0 6 1 円/単位 1 0 5 7 円/単位
給付率 9 0 / 100 9 0 / 100 / 100 / 100
総費用額 1 0 4 0 2 0 4 5 3 4 5
請求額 9 3 6 1 8 4 0 8 1 0
利用者負担額 1 0 4 0 2 4 5 3 5
上限額調整( の内少ない)数 1 0 4 0 2 4 5 3 5
社会福祉法人等軽減後利用者負担額 7 5 0 0 4 5 3 5
社会福祉法人等軽減額 2 9 0 2 0
調整後利用者負担額 7 5 0 0 0
調整後社会福祉法人等軽減額 2 9 0 2 4 5 3 5
調整後利用者負担額(短期用)
上限額管理後利用者負担額
市町村請求額 9 3 6 1 8 4 0 8 1 0
自治体助成分請求額

特定障害者特別給付費 算定日額 日数 市町村請求額 実費算定額 境界層食費免除額 枚中 枚目

介護給付費・訓練等給付費等明細書

(居宅介護、行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、旧法施設支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援)

市町村番号 X X X X X X
助成自治体番号

平成 1 8 年 1 2 月分

受給者証番号 X X X X X X X X X X
支給決定障害者等氏名 XX XX
支給決定に係る障害児氏名

指定事業所番号 X X 1 X X X X X X X
事業者及びその事業所の名称 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
地域区分 特甲地
社会福祉法人等軽減措置実施の有無 2

利用者負担上限月額 1 5 0 0 0 社会福祉法人等軽減対象者 2

利用者負担上限額 管理事業所 指定事業所番号 y y 1 y y y y y y y 管理結果 3 管理結果額 3 0 0
事業所名称 YYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYY

サービス種別 2 2 開始年月日 平成 1 8 年 1 0 月 0 1 日 終了年月日 平成 年 月 日 利用日数 1 2 入院日数
4 6 開始年月日 平成 1 8 年 1 1 月 0 1 日 終了年月日 平成 年 月 日 利用日数 1 0 入院日数

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
生活介護 2 2 2 1 2 4 1 8 1 7 1 2 9 8 0 4
就継B 2 4 6 1 2 2 1 4 2 9 1 0 4 2 9 0
事例18
1 利用者負担関係
所得区分 低所得1
社会福祉法人減免対象者
上限額管理対象者
2 提供サービス
【社会福祉法人等軽減措置実施事業所】
生活介護 12日
就労継続B型 10日

サービス種類コード 2 2 生活介護 4 6 就労継続支援B型
サービス利用日数 1 2 日 1 0 日
給付単位数 9 8 0 4 4 2 9 0
単位数単価 1 0 6 1 円/単位 1 0 5 7 円/単位
給付率 9 0 / 100 9 0 / 100 / 100 / 100
総費用額 1 0 4 0 2 0 4 5 3 4 5
請求額 9 3 6 1 8 4 0 8 1 0
利用者負担額 1 0 4 0 2 4 5 3 5
上限月額調整( の内少ない)数 1 0 4 0 2 4 5 3 5
社会福祉法人等軽減後利用者負担額 7 5 0 0 4 5 3 5
社会福祉法人等軽減額 2 9 0 2 0
調整後利用者負担額 7 5 0 0 0
調整後社会福祉法人等軽減額 2 9 0 2 4 5 3 5
調整後利用者負担額(短期用)
上限額管理後利用者負担額 3 0 0 0
市町村請求額 1 0 0 8 1 8 4 0 8 1 0
自治体助成分請求額

特定障害者特別給付費 算定日額 日数 市町村請求額 実費算定額 境界層食費免除額 枚中 枚目

介護給付費・訓練等給付費等明細書

(居宅介護、行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、旧法施設支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援)

市町村番号 X X X X X X
助成自治体番号

平成 1 8 年 1 0 月 分

受給者証番号 X X X X X X X X X X
支給決定障害者等氏名 XX XX
支給決定に係る障害児氏名

指定事業所番号 X X 1 X X X X X X X
事業者及びその事業所の名称 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
地域区分 丙地
社会福祉法人等軽減措置実施の有無 1

利用者負担上限月額 8 4 0 0 社会福祉法人等軽減対象者 1

利用者負担上限額 管理事業所 指定事業所番号 管理結果 管理結果額
事業所名称

サービス種別 2 1 開始年月日 平成 1 8 年 1 0 月 0 1 日 終了年月日 平成 年 月 日 利用日数 3 0 入院日数 1

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
療養介護 3 2 1 1 3 3 1 4 8 4 3 0 1 4 5 2 0
事例19
1 利用者負担関係
所得区分 個別減免
2 提供サービス
療養介護 30日【外泊3日】

サービス種類コード 2 1 療養介護
サービス利用日数 3 0 日
給付単位数 1 4 5 2 0
単位数単価 1 0 0 0 円/単位
給付率 9 0 / 100
総費用額 1 4 5 2 0 0
請求額 1 3 0 6 8 0
利用者負担額 1 4 5 2 0
上限月額調整( の内少ない)数 8 4 0 0
市町村請求額 1 3 6 8 0 0
自治体助成分請求額

特定障害者特別給付費 算定日額 日数 市町村請求額 実費算定額 境界層食費免除額 枚中 枚目

### 介護給付費・訓練等給付費等明細書

(居宅介護、行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、旧法施設支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援)

市町村番号	X	X	X	X	X	X
助成自治体番号						

平成	1	8	年	1	0	月	分
----	---	---	---	---	---	---	---

受給者証番号	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
支給決定障害者等氏名	XX XX									
支給決定に係る障害児氏名										

指定事業所番号	X	X	1	X	X	X	X	X	X	X
請求事業者 事業者及びその事業所の名称	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX									
	地域区分	特別区								
	社会福祉法人等軽減措置実施の有無	2								

利用者負担上限月額	2	4	6	0	0	社会福祉法人等軽減対象者	2
-----------	---	---	---	---	---	--------------	---

利用者負担上限額 管理事業所	指定事業所番号														管理結果							管理結果額						
	事業所名称																											

サービス種別	4	2	開始年月日	平成	1	8	年	1	0	月	2	日	終了年月日	平成			年			月			日	利用日数	2	0	入院日数		
			開始年月日	平成			年			月		日	終了年月日	平成			年			月			日	利用日数			入院日数		
			開始年月日	平成			年			月		日	終了年月日	平成			年			月			日	利用日数			入院日数		

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		
	4	2	1	1	1	1	6	3	9	2	0	1	2	7		8	0
生活訓練 1	4	2	1	1	1	1	6	3	9	2	0	1	2	7	8	0	
生活訓練新事業移行時特別加算	4	2	5	0	4	0		4	8	2	0			9	6	0	
生活訓練初期加算	4	2	5	0	5	0		3	0	2	0			6	0	0	
生活訓練短期滞在加算	4	2	5	2	2	0		1	8	0	3			5	4	0	
事例20	1 利用者負担関係 所得区分 低所得2 社会福祉法人減免対象者  2 提供サービス 【社会福祉法人等軽減措置実施事業所】 自立訓練(生活訓練) 20日																

サービス種類コード	4	2	生活訓練														合計					
サービス利用日数	2	0	日														日					
給付単位数		1	4	8	8	0											1	4	8	8	0	
単位数単価	1	0	4	0	円/単位				円/単位				円/単位				円/単位	/	/	/	/	/
給付率		9	0	/100			/100			/100			/100			/100	/	/	/	/	/	
総費用額	1	5	9	2	1	6											1	5	9	2	1	6
給付率に基づく	請求額	1	4	3	2	9	4															
	利用者負担額	1	5	9	2	2																
上限月額調整(の内少ない)数		1	5	9	2	2											1	5	9	2	2	
社会福祉法人等軽減後利用者負担額			7	5	0	0												7	5	0	0	
社会福祉法人等軽減額			8	4	2	2												8	4	2	2	
調整後利用者負担額																						
調整後社会福祉法人等軽減額																						
調整後利用者負担額(短期用)																						
上限額管理後利用者負担額																						
市町村請求額	1	4	3	2	9	4										1	4	3	2	9	4	
自治体助成分請求額																						

特定障害者特別給付費	算定日額	日数	市町村請求額	実費算定額	境界層食費免除額	枚中	枚目



介護給付費・訓練等給付費等明細書

(居宅介護、行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、旧法施設支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援)

市町村番号 X X X X X X
助成自治体番号

平成 1 8 年 1 0 月 分

受給者証番号 X X X X X X X X X X
支給決定障害者等氏名 XX XX
支給決定に係る障害児氏名

指定事業所番号 X X 1 X X X X X X X
事業者及びその事業所の名称 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
地域区分 甲地
社会福祉法人等軽減措置実施の有無 2

利用者負担上限月額 8 6 0 0 社会福祉法人等軽減対象者 1

利用者負担上限額 管理事業所 指定事業所番号 管理結果 管理結果額
事業所名称

サービス種別 8 3 開始年月日 平成 1 8 年 1 0 月 0 1 日 終了年月日 平成 年 月 日 利用日数 3 1 入院日数 0

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
旧身入療護3A 8 3 1 1 3 1 1 4 3 1 3 1 4 4 3 6 1
旧身入療護遷延性意識加算 8 3 5 5 4 0 3 1 3 1 9 6 1
旧身入療護看護師加算 8 3 5 5 7 0 2 5 8 3 1 7 9 9 8
旧身入療護激変緩和加算 8 3 5 9 9 0 1 2 3 1 3 7 2
事例2
1 利用者負担関係
所得区分 個別減免
2 提供サービス
旧身障療護入所 31日
【内地以外:遷延性意識障害者加算】
【激変緩和加算あり】

サービス種類コード 8 3 旧身体入所療護 8 3 旧身体入所療護 8 3 旧身体入所療護
サービス利用日数 3 1 日 3 1 日 3 1 日
給付単位数 5 2 3 5 9 9 6 1 3 7 2
単位数単価 1 0 4 0 円/単位 1 0 0 0 円/単位 1 0 4 0 円/単位
給付率 9 0 / 100 9 0 / 100 1 0 0 / 100
総費用額 5 4 4 5 3 3 9 6 1 0 3 8 6 8
請求額に基づく 請求額 4 9 0 0 7 9 8 6 4 9 3 8 6 8
利用者負担額 5 4 4 5 4 9 6 1 0
上限月額調整( の内少ない)数 8 6 0 0 9 6 1 0
社会福祉法人等軽減後利用者負担額
社会福祉法人等軽減額
調整後利用者負担額 8 6 0 0 0 0
調整後社会福祉法人等軽減額
調整後利用者負担額(短期用)
上限額管理後利用者負担額
市町村請求額 5 3 5 9 3 3 9 6 1 0 3 8 6 8
自治体助成分請求額

特定障害者特別給付費 算定日額 日数 市町村請求額 実費算定額 境界層食費免除額 枚中 枚目

介護給付費・訓練等給付費等明細書

(居宅介護、行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、旧法施設支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援)

市町村番号 X X X X X X
助成自治体番号

平成 1 8 年 1 0 月 分

受給者証番号 X X X X X X X X X X
支給決定障害者等氏名 XX XX
支給決定に係る障害児氏名

指定事業所番号 X X 1 X X X X X X X
事業者及びその事業所の名称 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
地域区分 その他
社会福祉法人等軽減措置実施の有無 2

利用者負担上限月額 8 6 0 0 社会福祉法人等軽減対象者 1

利用者負担上限額 管理事業所 指定事業所番号 管理結果 管理結果額
事業所名称

サービス種別 8 3 開始年月日 平成 1 8 年 1 0 月 0 1 日 終了年月日 平成 年 月 日 利用日数 3 1 入院日数 0

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
旧身入療護3A 8 3 1 1 3 1 1 4 3 1 3 1 4 4 3 6 1
事例23
1 利用者負担関係
所得区分 個別減免
2 提供サービス
旧身障療護入所 31日
【内地:遷延性意識障害者加算】
【激変緩和加算あり】

サービス種類コード 8 3 旧身入所療護 8 3 旧身入所療護
サービス利用日数 3 1 日 3 1 日
給付単位数 5 3 3 2 0 3 7 2
単位数単価 1 0 0 0 円/単位 1 0 0 0 円/単位
給付率 9 0 / 100 1 0 0 / 100
総費用額 5 3 3 2 0 0 3 7 2 0
請求額 4 7 9 8 8 0 3 7 2 0
利用者負担額 5 3 3 2 0 0
上限月額調整(の内少ない)数 8 6 0 0
社会福祉法人等軽減後利用者負担額
社会福祉法人等軽減額
調整後利用者負担額
調整後社会福祉法人等軽減額
調整後利用者負担額(短期用)
上限額管理後利用者負担額
市町村請求額 5 2 4 6 0 0 3 7 2 0
自治体助成分請求額

特定障害者特別給付費 算定日額 日数 市町村請求額 実費算定額 境界層食費免除額 枚中 枚目

### 介護給付費・訓練等給付費等明細書

(居宅介護、行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、旧法施設支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援)

市町村番号	X	X	X	X	X	X
助成自治体番号						

平成	1	8	年	1	0	月分
----	---	---	---	---	---	----

受給者証番号	X	X	X	X	X	X	X	X	X
支給決定障害者等氏名	XX XX								
支給決定に係る障害児氏名									

指定事業所番号	X	X	1	X	X	X	X	X	X	X
請求事業者	事業者及びその事業所の名称	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX								
	地域区分	その他								
	社会福祉法人等軽減措置実施の有無	2								

利用者負担上限月額	2	4	6	0	0	社会福祉法人等軽減対象者	2
-----------	---	---	---	---	---	--------------	---

利用者負担上限額 管理事業所	指定事業所番号	管理結果	管理結果額
	事業所名称		

サービス種別	2	4	開始年月日	平成	1	8	年	1	0	月	1	1	日	終了年月日	平成	1	8	年	1	0	月	1	3	日	利用日数	3	入院日数		
	8	4	開始年月日	平成	1	8	年	1	0	月	0	1	日	終了年月日	平成			年			月			日	利用日数	2	1	入院日数	
			開始年月日	平成			年			月			日	終了年月日	平成			年			月			日	利用日数			入院日数	

給付費明細欄	サービス内容		サービスコード				単位数	回数	サービス単位数			摘要					
	短期入所 6	2	4	1	1	1	1	8	9	0	3	2	6	7	0		
旧身通療護13A	8	4	1	1	3	1	8	7	1	2	1	1	8	2	9	1	
旧身通療護重度重複加算	8	4	5	5	3	0		4	8	2	1		1	0	0	8	
旧身通療護激変緩和加算	8	4	5	9	9	0			9	2	1			1	8	9	
<p>事例24</p> <p>1 利用者負担関係 所得区分 低所得2 社会福祉法人減免対象者</p> <p>2 提供サービス【社会福祉法人等軽減措置実施事業所】 旧身障療護通所 21日【激変緩和加算あり】 短期入所</p>																	

請求額集計欄	サービス種類コード		旧身体通所療護		旧身体通所療護		短期入所		合計							
	サービス利用日数	2	1	日	2	1	日	3	日							
給付単位数	1	9	2	9	9	1	8	9	2	6	7	0				
単位数単価	1	0	0	0	円/単位	1	0	0	0	円/単位	1	0	0	0	円/単位	
給付率	9	0	/100	1	0	/100	9	0	/100	/100						
総費用額	1	9	2	9	9	0	1	8	9	0	2	6	7	0	0	
給付率に基づく	請求額	1	7	3	6	9	1	1	8	9	0	2	4	0	3	0
	利用者負担額	1	9	2	9	9	0	2	6	7	0					
上限月額調整(の内少ない数)	1	9	2	9	9	0	2	6	7	0	2	1	9	6	9	
社会福祉法人等軽減後利用者負担額	7	5	0	0		7	5	0	0							
社会福祉法人等軽減額	1	1	7	9	9		1	1	7	9	9					
調整後利用者負担額																
調整後社会福祉法人等軽減額																
調整後利用者負担額(短期用)	7	5	0	0	0	2	6	7	0	1	0	1	7	0		
上限額管理後利用者負担額																
市町村請求額	1	7	3	6	9	1	1	8	9	0	2	4	0	3	0	
自治体助成分請求額																

特定障害者特別給付費	算定日額	日数	市町村請求額	実費算定額	境界層食費免除額	枚中	枚目
------------	------	----	--------	-------	----------	----	----

介護給付費・訓練等給付費等明細書

(居宅介護、行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、旧法施設支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援)

市町村番号 X X X X X X
助成自治体番号

平成 1 8 年 1 0 月分

受給者証番号 X X X X X X X X X X
支給決定障害者等氏名 XX XX
支給決定に係る障害児氏名

指定事業所番号 X X 1 X X X X X X X
事業者及びその事業所の名称 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
地域区分 特別区
社会福祉法人等軽減措置実施の有無 2

利用者負担上限月額 1 5 0 0 0 社会福祉法人等軽減対象者 2

利用者負担上限額 管理事業所 指定事業所番号 X X 1 X X X X X X X 管理結果 1 管理結果額 1 5 0 0 0
事業所名称 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

サービス種別 1 1 開始年月日 平成 1 8 年 1 0 月 0 1 日 終了年月日 平成 年 月 日 利用日数 5 入院日数
2 2 開始年月日 平成 1 8 年 1 0 月 0 1 日 終了年月日 平成 年 月 日 利用日数 2 1 入院日数
2 4 開始年月日 平成 1 8 年 1 0 月 1 5 日 終了年月日 平成 1 8 年 1 0 月 2 9 日 利用日数 1 5 入院日数

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
身体深夜1.0 1 1 1 2 5 5 6 0 0 5 3 0 0 0
生活介護 2 2 2 1 2 0 1 9 2 4 1 8 1 6 6 3 2
生介新事業移行時特別加算 2 2 5 0 4 0 4 8 2 1 1 0 0 8
生介初期加算 2 2 5 0 5 0 3 0 2 1 6 3 0
生活介護 2 定超 2 2 8 2 0 1 6 4 7 3
短期入所 4 2 4 1 1 1 3 6 2 4 1 5

事例25
1 利用者負担関係
所得区分 低所得1
社会福祉法人減免対象者
上限額管理対象者
2 提供サービス 【上限額管理事業所】
【社会福祉法人等軽減措置実施事業所】
居宅介護 5日
生活介護 21日
短期入所 15日

サービス種類コード 2 2 生活介護 1 1 居宅介護 2 4
サービス利用日数 2 1 日 5 日 1 5 日
給付単位数 2 0 2 1 1 3 0 0 0 9 3 6 0
単位数単価 1 0 7 3 円/単位 1 0 7 2 円/単位 1 0 7 2 円/単位 円/単位
給付率 9 0 / 100 9 0 / 100 9 0 / 100 / 100
総費用額 2 1 6 8 6 4 3 2 1 6 0 1 0 0 3 3 9 3 4 9 3 6 3
請求額 1 9 5 1 7 7 2 8 9 4 4 9 0 3 0 5
利用者負担額 2 1 6 8 7 3 2 1 6 1 0 0 3 4
上限月額調整(の内少ない数) 1 5 0 0 0 3 2 1 6 1 0 0 3 4 2 8 2 5 0
社会福祉法人等軽減後利用者負担額 7 5 0 0 3 2 1 6 1 0 7 1 6
社会福祉法人等軽減額 7 5 0 0 0 7 5 0 0
調整後利用者負担額 7 5 0 0 0 7 5 0 0
調整後社会福祉法人等軽減額 7 5 0 0 0 7 5 0 0
調整後利用者負担額(短期用) 7 5 0 0 0 7 5 0 0 1 5 0 0 0
上限額管理後利用者負担額 7 5 0 0 0 7 5 0 0 1 5 0 0 0
市町村請求額 2 0 1 8 6 4 3 2 1 6 0 9 2 8 3 9 3 3 6 8 6 3
自治体助成分請求額

特定障害者特別給付費 算定日額 日数 市町村請求額 実費算定額 境界層食費免除額 枚中 枚目

### 介護給付費・訓練等給付費等明細書

(居宅介護、行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、旧法施設支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援)

市町村番号	X	X	X	X	X	X
助成自治体番号						

平成	1	8	年	1	0	月	分
----	---	---	---	---	---	---	---

受給者証番号	X	X	X	X	X	X	X	X	X
支給決定障害者等氏名	XX XX								
支給決定に係る障害児氏名									

指定事業所番号	X	X	1	X	X	X	X	X	X
請求事業者 事業者及びその事業所の名称	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX								
	地域区分	特別区							
	社会福祉法人等軽減措置実施の有無	2							

利用者負担上限月額	2	4	6	0	0	社会福祉法人等軽減対象者	2
-----------	---	---	---	---	---	--------------	---

利用者負担上限額 管理事業所	指定事業所番号	X	X	1	X	X	X	X	X	X	管理結果	3	管理結果額	2	0	7	5	0
	事業所名称	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																

サービス種別	1	1	開始年月日	平成	1	8	年	1	0	月	0	1	日	終了年月日	平成			年			月			日	利用日数	5	入院日数			
	2	2	開始年月日	平成	1	8	年	1	0	月	0	1	日	終了年月日	平成			年			月			日	利用日数	2	1	入院日数		
	2	4	開始年月日	平成	1	8	年	1	0	月	1	5	日	終了年月日	平成	1	8	年	1	0	月	2	9	日	利用日数	1	5	入院日数		

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							
	1	2	1	2	1	2	1	2								
身体深夜1.0	1	1	1	2	5	5	6	0	0	5	3	0	0	0		
生活介護 2	2	2	1	2	0	1	9	2	4	1	8	1	6	6	3	2
生介新事業移行時特別加算	2	2	5	0	4	0	4	8	2	1	1	0	0	8		
生介初期加算	2	2	5	0	5	0	3	0	2	1	6	3	0			
生活介護 2 定超	2	2	8	2	0	1	6	4	7	3	1	9	4	1		
生介利用者負担上限額管理加算	2	2	5	0	1	0	1	5	0	1	1	5	0			
短期入所 4	2	4	1	1	1	3	6	2	4	1	5	9	3	6	0	

事例26  
 1 利用者負担関係  
 所得区分 低所得2  
 社会福祉法人減免対象者  
 上限額管理対象者  
 2 提供サービス【上限額管理事業所】  
 【社会福祉法人等軽減措置実施事業所】  
 居宅介護 5日  
 生活介護 21日  
 短期入所 15日

サービス種類コード	2	2	生活介護	1	1	居宅介護	2	4	短期入所
サービス利用日数	2	1	日	5	日	1	5	日	
給付単位数	2	0	3	6	1	3	0	0	0
単位数単価	1	0	7	3	円/単位	1	0	7	2
給付率	9	0	/100	9	0	/100	9	0	/100
総費用額	2	1	8	4	7	3	3	2	1
請求額	1	9	6	6	2	5	2	8	9
利用者負担額	2	1	8	4	8	3	2	1	6
上限月額調整(の内少ない数)	2	1	8	4	8	3	2	1	6
社会福祉法人等軽減後利用者負担額	7	5	0	0	3	2	1	6	
社会福祉法人等軽減額	1	4	3	4	8	0			
調整後利用者負担額	7	5	0	0	3	2	1	6	
調整後社会福祉法人等軽減額	1	3	8	8	4	0			
調整後利用者負担額(短期用)	7	5	0	0	3	2	1	6	
上限額管理後利用者負担額	7	5	0	0	3	2	1	6	
市町村請求額	1	9	7	0	8	9	2	8	9
自治体助成分請求額									

特定障害者特別給付費	算定日額	日数	市町村請求額	実費算定額	境界層食費免除額	枚中	枚目
------------	------	----	--------	-------	----------	----	----

介護給付費・訓練等給付費等明細書

(居宅介護、行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、旧法施設支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援)

市町村番号 X X X X X X
助成自治体番号

平成 1 8 年 1 0 月分

受給者証番号 X X X X X X X X X X
支給決定障害者等氏名 XX XX
支給決定に係る障害児氏名

指定事業所番号 X X 1 X X X X X X X
事業者及びその事業所の名称 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
地域区分 特別区
社会福祉法人等軽減措置実施の有無 2

利用者負担上限月額 2 4 6 0 0 社会福祉法人等軽減対象者 2

利用者負担上限額 管理事業所 指定事業所番号 y y 1 y y y y y y y y 管理結果 3 管理結果額 1 3 4 5
事業所名称 yyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyyy

サービス種別 1 1 開始年月日 平成 1 8 年 1 0 月 0 1 日 終了年月日 平成 年 月 日 利用日数 5 入院日数
2 2 開始年月日 平成 1 8 年 1 0 月 0 1 日 終了年月日 平成 年 月 日 利用日数 2 1 入院日数
2 4 開始年月日 平成 1 8 年 1 0 月 1 5 日 終了年月日 平成 1 8 年 1 0 月 2 9 日 利用日数 1 5 入院日数

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
身体深夜1.0 1 1 1 2 5 5 6 0 0 5 3 0 0 0
生活介護 2 2 2 1 2 0 1 9 2 4 1 8 1 6 6 3 2
生介新事業移行時特別加算 2 2 5 0 4 0 4 8 2 1 1 0 0 8
生介初期加算 2 2 5 0 5 0 3 0 2 1 6 3 0
生活介護 2 定超 2 2 8 2 0 1 6 4 7 3 1 9 4 1
短期入所 4 2 4 1 1 1 3 6 2 4 1 5 9 3 6 0

事例27
1 利用者負担関係
所得区分 低所得2
社会福祉法人減免対象者
上限額管理対象者
2 提供サービス
【社会福祉法人等軽減措置実施事業所】
居宅介護 5日
生活介護 21日
短期入所 15日

サービス種類コード 2 2 生活介護 1 1 居宅介護 2 4 短期
サービス利用日数 2 1 日 5 日 1 5 日
給付単位数 2 0 2 1 1 3 0 0 0 9 3 6 0
単位数単価 1 0 7 3 円/単位 1 0 7 2 円/単位 1 0 7 2 円/単位 円/単位
給付率 9 0 / 100 9 0 / 100 9 0 / 100 / 100
総費用額 2 1 6 8 6 4 3 2 1 6 0 1 0 0 3 3 9 3 4 9 3 6 3
給付率に基づく 請求額 1 9 5 1 7 7 2 8 9 4 4 9 0 3 0 5
利用者負担額 2 1 6 8 7 3 2 1 6 1 0 0 3 4
上限月額調整(の内少ない数) 2 1 6 8 7 3 2 1 6 1 0 0 3 4
社会福祉法人等軽減後利用者負担額 7 5 0 0 3 2 1 6 1 0 7 1 6
社会福祉法人等軽減額 1 4 1 8 7 0 1 4 1 8 7
調整後利用者負担額 7 5 0 0 3 2 1 6 1 0 7 1 6
調整後社会福祉法人等軽減額 1 3 8 8 4 0 1 3 8 8 4
調整後利用者負担額(短期用) 7 5 0 0 3 2 1 6 1 0 0 3 4 2 0 7 5 0
上限額管理後利用者負担額 1 3 4 5 0 1 3 4 5
市町村請求額 2 0 1 6 3 5 3 2 1 6 0 1 0 0 3 3 9 3 3 4 1 3 4
自治体助成分請求額

特定障害者特別給付費 算定日額 日数 市町村請求額 実費算定額 境界層食費免除額 枚中 枚目



(様式第三)

介護給付費・訓練等給付費等明細書

(共同生活介護 共同生活援助)

市町村番号 x x x x x x
助成自治体番号

平成 1 8 年 1 2 月分

受給者証番号 x x x x x x x x x x x
支給決定障害者等氏名 xx xxx
支給決定に係る障害児氏名

指定事業所番号 x x 2 x x x x x x x
事業者及びその事業所の名称
地域区分 甲地

利用者負担上限月額 5 8 4 0

障害程度区分 4

利用者負担上限額 管理事業所 指定事業所番号 x x 2 x x x x x x x
管理結果 1 管理結果額 5 8 4 0
事業所名称

サービス種別 3 1 開始年月日 平成 1 8 年 1 0 月 0 1 日
終了年月日 平成 年 月 日
入院日数 0 外泊日数 1

サービス内容 サービスコード 単位数 回数 サービス単位 摘要
共同生活4 3 1 1 1 3 1 3 0 0 3 0 9 0 0 0
共生日中介護等支援加算 3 1 5 1 1 0 5 3 9 1 5 3 9
共生小規模事業加算1 3 1 5 6 8 0 3 7 3 0 1 1 1 0
共生小規模夜間支援体制加算2 3 1 5 1 2 1 6 5 2 9 1 8 8 5

事例28
1 利用者負担関係
所得区分 個別減免
上限額管理対象者
2 提供サービス【上限額管理事業所】
共同生活介護 30日

日中介護等支援加算欄 日中活動先事業所 指定事業所番号 Y Y 1 Y Y Y Y Y Y Y
当該事業所への通所日数 1 3
事業所名称

サービス種類コード 3 1 共同生活介護
サービス利用日数 3 0 日
給付単位数 1 2 5 3 4
単位数単価 1 0 4 9 円/単位
給付率 9 0 / 100
総費用額 1 3 1 4 8 1
調整後利用者負担額
市町村請求額 1 2 5 6 4 1
自治体助成分請求額

(様式第三)

介護給付費・訓練等給付費等明細書

(共同生活介護 共同生活援助)

市町村番号 x x x x x x
助成自治体番号

平成 1 9 年 0 1 月分

受給者証番号 x x x x x x x x x x
支給決定障害者等氏名 xx xxx
支給決定に係る障害児氏名

指定事業所番号 x x 2 x x x x x x
事業者及びその事業所の名称
地域区分 甲地

利用者負担上限月額 1 5 0 0 0

障害程度区分 4

利用者負担上限額 管理事業所 指定事業所番号 x x 2 x x x x x x x
管理結果 3 管理結果額 1 3 1 1 7
事業所名称

サービス種別 3 1 開始年月日 平成 1 8 年 1 0 月 0 1 日
終了年月日 平成 年 月 日
入院日数 0 外泊日数 0

サービス内容 サービスコード 単位数 回数 サービス単位 摘要
共同生活4 3 1 1 1 3 1 3 0 0 2 1 6 3 0 0 平成19年1月11日より
共同生活2 3 1 1 1 5 1 2 1 0 1 0 2 1 0 0 平成19年1月10日まで
共生夜間支援体制加算2 3 1 5 6 2 1 5 2 2 1 1 0 9 2
共生夜間支援体制加算3 3 1 5 6 2 2 2 4 1 0 2 4 0
共生小規模事業加算1 3 1 5 6 8 0 3 7 3 1 1 1 4 7
共生小規模夜間支援体制加算2 3 1 5 1 2 1 6 5 2 1 1 3 6 5
共生小規模夜間支援体制加算3 3 1 5 1 2 2 2 6 1 0 2 6 0

事例29
1 利用者負担関係
所得区分 低所得1
上限額管理対象者
2 提供サービス【上限額管理事業所】
共同生活介護 31日
3 平成19年1月11日より
生活介護の申請に伴い障害程度区分が
区分2から区分4に変更

日中介護等支援加算欄 日中活動先事業所 指定事業所番号
事業所名称

サービス種類コード 3 1 共同生活介護
サービス利用日数 3 1 日
給付単位数 1 2 5 0 4
単位数単価 1 0 4 9 円/単位
給付率 9 0 / 100
総費用額 1 3 1 1 6 6
給付率に基づく 請求額 1 1 8 0 4 9
利用者負担額 1 3 1 1 7
上限月額調整( の内少ない数) 1 3 1 1 7
調整後利用者負担額
上限額管理後利用者負担額 1 3 1 1 7
市町村請求額 1 1 8 0 4 9
自治体助成分請求額

(様式第三)

### 介護給付費・訓練等給付費等明細書

(共同生活介護 共同生活援助)

市町村番号	x	x	x	x	x	x
助成自治体番号						

平成	1	9	年	0	1	月	分
----	---	---	---	---	---	---	---

受給者証番号	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
支給決定障害者等氏名	xx xxx									
支給決定に係る障害児氏名										

指定事業所番号	x	x	2	x	x	x	x	x	x	x
請求事業者 事業者及びその事業所の名称	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX									
	地域区分	甲地								

利用者負担上限月額	8	2	5	0
-----------	---	---	---	---

障害程度区分	2
--------	---

利用者負担上限額 管理事業所	指定事業所番号	x	x	2	x	x	x	x	x	x	x	管理結果	1	管理結果額	8	2	5	0
	事業所名称	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX																

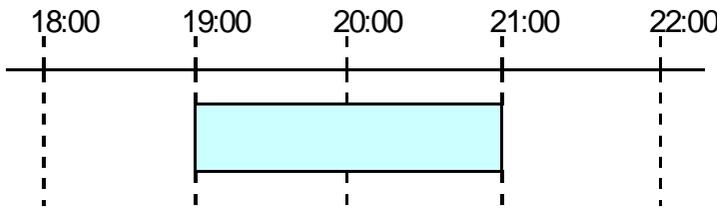
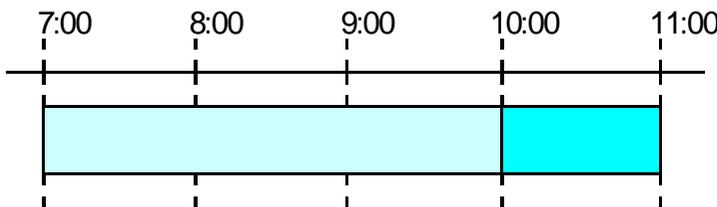
サービス種別	3	1	開始年月日	平成	1	9	年	0	1	月	1	1	日	終了年月日	平成			年			月			日	入院日数	0	外泊日数	0
	3	3	開始年月日	平成	1	8	年	1	0	月	0	1	日	終了年月日	平成	1	9	年	0	1	月	1	0	日	入院日数	0	外泊日数	0

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	摘要
	共同生活2	3 1 1 1 5 1	2 1 0	2 1	4 4 1 0	平成19年1月11日より
	共生夜間支援体制加算3	3 1 5 6 2 2	2 4	2 1	5 0 4	
	共生小規模事業加算1	3 1 5 6 8 0	3 7	2 1	7 7 7	
	共生小規模夜間支援体制加算3	3 1 5 1 2 2	2 6	2 1	5 4 6	
	生活援助	3 3 1 1 1 1	1 7 1	1 0	1 7 1 0	平成19年1月10日まで
	生援小規模事業加算1	3 3 5 6 8 0	3 7	1 0	3 7 0	

事例30  
 1 利用者負担関係  
 所得区分 個別減免  
 上限額管理対象者  
 2 提供サービス【上限額管理事業所】  
 共同生活介護 21日  
 共同生活援助 10日  
 3 平成19年1月11日より  
 共同生活介護の申請に伴い  
 障害程度区分が区分1から区分2に変更

日中介護等 支援加算欄	日中活動先事業所	指定事業所番号							
		事業所名称							

請求額集計欄	サービス種類コード	3	1	共同生活介護	3	3	共同生活援助														
	サービス利用日数	2	1	日	1	0	日														
	給付単位数			6	2	3	7			2	0	8	0								
	単位数単価	1	0	4	9	円/単位	1	0	4	8	円/単位										
	給付率			9	0	/100			9	0	/100										
	総費用額			6	5	4	2	6			2	1	7	9	8						
	給付率に 基づく	請求額			5	8	8	8	3			1	9	6	1	8					
	利用者負担額			6	5	4	3			2	1	8	0								
	上限月額調整 (の内少ない数)			6	5	4	3			2	1	8	0			8	7	2	3		
	調整後利用者負担額			6	5	4	3			1	7	0	7			8	2	5	0		
	上限額管理後利用者負担額			6	5	4	3			1	7	0	7			8	2	5	0		
	市町村請求額			5	8	8	8	3			2	0	0	9	1			7	8	9	7
自治体助成分請求額																					

事例	使用するサービスコード
<p>【例1】居宅における身体介護(夜間提供)の場合</p> <p>サービスの種類 居宅における身体介護 提供時間 19:00 ~ 21:00</p> 	<p>サービス内容略称: 身体夜間2.0 サービスコード: 111227</p>
<p>【例2】居宅における身体介護(早朝～日中提供)の場合</p> <p>サービスの種類 居宅における身体介護 提供時間 7:00 ~ 11:00</p> 	<p>サービス内容略称: 身体早朝1.0・日中2.0 サービスコード: 111395</p> <p>サービス内容略称: 身体日中増1.0 サービスコード: 111831</p>

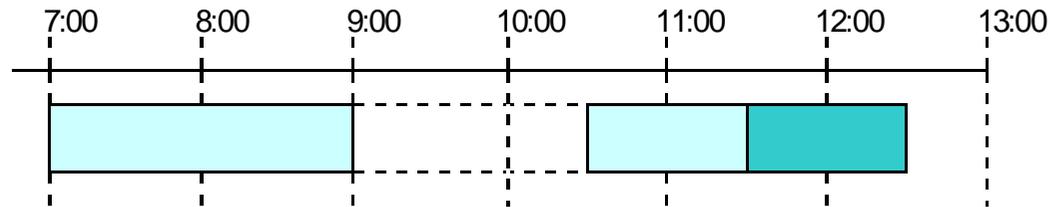
【例3】通院介助(身体介護を伴う)(早朝～日中提供)の場合

サービスの種類

通院介助(身体介護を伴う)

提供時間

7:00～9:00、10:30～12:30



サービス内容略称: 通院1早朝1.0・日中2.0

サービスコード: 113395

サービス内容略称: 通院1日中増1.0

サービスコード: 113831

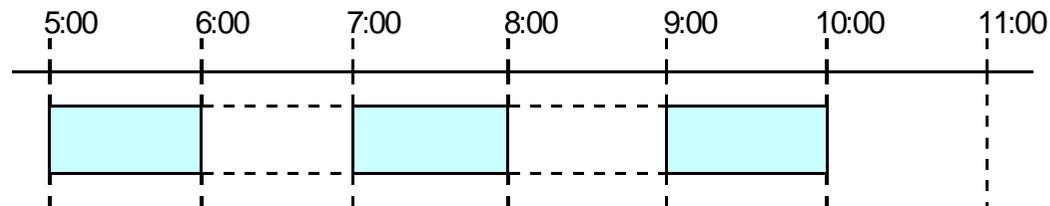
【例4】居宅における身体介護(深夜～早朝～日中提供)の場合

サービスの種類

居宅における身体介護

提供時間

5:00～6:00、7:00～8:00、9:00～10:00



サービス内容略称: 身体深夜1.0・早朝1.0・日中1.0

サービスコード: 111635

【例5】居宅における身体介護(夜間提供)の場合(2人提供)

サービスの種類

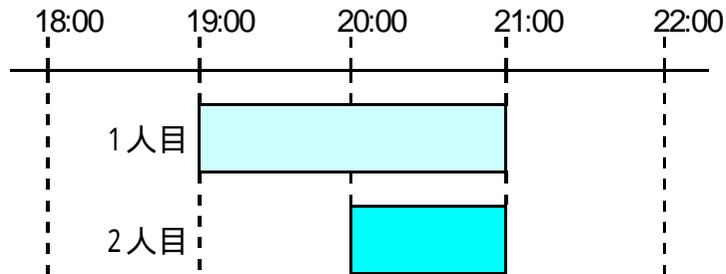
居宅における身体介護

提供時間

1人目:19:00~21:00 2人目:20:00~21:00

特記

2人提供(2人目3級ヘルパー)



サービス内容略称: 身体夜間2.0

サービスコード: 111227

サービス内容略称: 身体夜間1.0・3級・2人

サービスコード: 111222

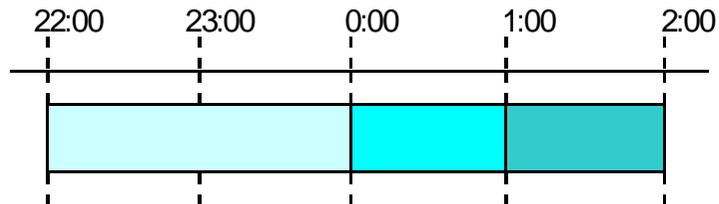
【例6】居宅における身体介護(日を跨いだ提供)の場合

サービスの種類

居宅における身体介護

提供時間

22:00~翌2:00



[1日目]

サービス内容略称: 身体深夜2.0

サービスコード: 111263

[2日目]

サービス内容略称: 身体日跨増深夜2.0・深夜1.0

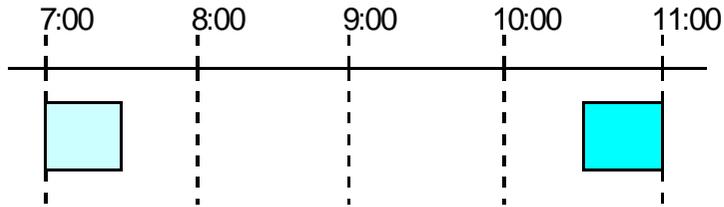
サービスコード: 111599

サービス内容略称: 身体深夜増1.0

サービスコード: 111971

【例7】通院等乗降介助

サービスの種類  
通院等乗降介助  
提供時間  
7:00～7:30、10:30～11:00

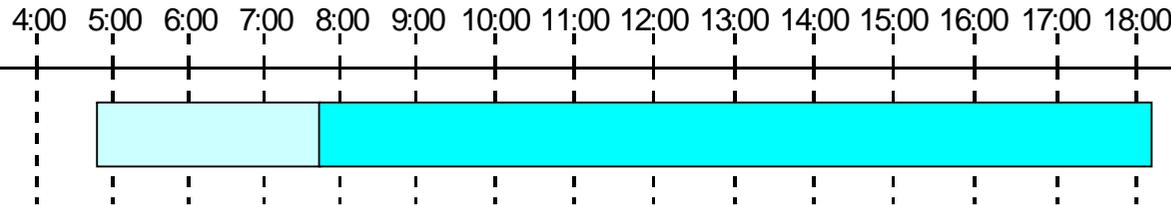


サービス内容略称：通院乗降早朝  
サービスコード：118115

サービス内容略称：通院乗降日中  
サービスコード：118111

【例8】居宅における身体介護(早朝～日中提供)の場合

サービスの種類  
居宅における身体介護  
提供時間  
4:50～18:10  
特記  
重度訪問介護研修修了者による提供



サービス内容略称：身体重度研修深夜1.0・早朝2.0  
サービスコード：112095

サービス内容略称：身体重度研修日中増10.5  
サービスコード：112173

\* 最初の3時間は1時間刻み

4:50～5:50 深夜1.0  
5:50～6:50 早朝1.0  
6:50～7:50 早朝1.0

以降は30分刻み

7:50～8:20 日中0.5  
8:20～17:50 日中9.5  
17:50～18:10 日中0.5