

3 介護券から施設サービス等介護給付費明細書への転記例

介護保険の被保険者で、平成17年10月1日から介護老人福祉施設（多床室）に入所し、10月12日保護開始。特定入所者介護サービス費の費用限度額は保護決定日の属する月の初日から適用。本人支払額が2万円である場合の例

毎月異なるので注意して転記してください

生活保護法介護券（17年10月分）

| | | | | |
|--|---|--------|-------------------------|------------------------------------|
| 公費負担者番号 | 1 2 1 1 0 0 1 1 | 有効期間 | 12日から31日まで | |
| 受給者番号 | 0 1 0 1 1 9 6 | 単独・併用別 | 単 独 ・ 併 用 | |
| 保険者番号 | 1 1 3 0 1 9 | 被保険者番号 | 0 0 0 0 0 0 1 3 1 4 | |
| (フリガナ) 氏 名 | サイタマ イチロウ 埼玉 一郎 | | 生年月日 | 性 別 |
| | | | 1.明・2.大・③.昭 10年9月2日生 | ①.男 2.女 |
| 要介護状態区分 | 要支援・1・2・3・④・5 | | | |
| 認定有効期間 | 平成17年 2月 1日から | | 平成18年 1月31日まで | |
| 居 住 地 | 北足立郡伊奈町 × × 1 2 3 4 | | | |
| 指定居宅介護支援事業者名 | 事業所番号 | | | |
| 指定介護機関名 | 事業所番号 1 1 7 1 3 0 0 0 0 1 特別養護老人ホーム 彩の国 | | | |
| 居 宅 介 護 | 訪問介護 訪問入浴介護 福祉用具貸与 訪問看護 訪問リハビリテーション 通所介護 通所リハビリテーション 居宅療養管理指導 短期入所生活介護 短期入所療養介護 認知症対応型共同生活介護 特定施設入所者生活介護 | | 施設介護 | レ介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 |
| | | | 居宅介護支援 | 居宅介護支援 |
| | | | 本人支払額 | 20,000円 |
| 地区担当員名 福祉 一郎 取扱担当者名 彩 福男 | | | | |
| 埼玉県北足立福祉保健総合センター所長 印 | | | | |
| 備 考 | 介 護 保 険 | | あり | なし |
| | 結 核 予 防 法 第 3 4 条 | | あり | なし |
| | 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第32条 | | あり | なし |
| | そ の 他 | | | |

施設サービス等介護給付費明細書
(介護老人福祉施設)

毎月異なるので注意して転記してください

| | | | | | | | | |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 公費負担者番号 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 公費受給者番号 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 9 | 6 | |

| | | | | | | | |
|-------|---|---|---|---|---|---|---|
| 平成 | 1 | 7 | 年 | 1 | 0 | 月 | 分 |
| 保険者番号 | 1 | 1 | 3 | 0 | 1 | 9 | |

| | | | | | | | | | | |
|--------|---------|---------------------|------|------|----------|------------|-----|---|---|---|
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 0 0 0 0 0 1 3 1 4 | | | | | | | | |
| | (フリガナ) | サイタマ イチロウ | | | | | | | | |
| | 氏名 | 埼玉 一郎 | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 1.明治 | 2.大正 | ③.昭和 | 性別 | ①.男 | 2.女 | | | |
| | | 1 | 0 | 年 | 0 | 9 | 月 | 0 | 2 | 日 |
| | 要介護状態区分 | 要支援・1・2・3・④・5 | | | 旧措置入所者特例 | ①.無 2.有 | | | | |
| 認定有効期間 | 平成 | 1 | 7 | 年 | 0 | 2 | 月 | 0 | 1 | 日 |
| | 平成 | 1 | 8 | 年 | 0 | 1 | 月 | 3 | 1 | 日 |

| | | | | | | | | | | | |
|-------|-------|-----------------------------------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 請求事業者 | 事業所番号 | 1 1 7 1 3 0 0 0 0 1 | | | | | | | | | |
| | 事業所名称 | 特別養護老人ホーム 彩の国 | | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 - - - - - 北足立郡伊奈町 × × 1 - 2 - 3 | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | - - - - - | | | | | | | | |

Hで始まる場合は生活保護単独

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|-----------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|----|--|---|--|---|--|---|-------|---|---|------|--|--|
| 入所年月日 | 平成 | 1 | 7 | 年 | 1 | 0 | 月 | 0 | 1 | 日 | 退所年月日 | 平成 | | 年 | | 月 | | 日 | 入所実日数 | 3 | 1 | 外泊日数 | | |
| 退所後の状況 | 1.居宅 2.介護保険施設 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 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 |
|----------------|-------------|-------|----------|-----------|------------|-----------|----|
| 福祉施設 4 | 5 1 1 1 4 5 | 8 7 1 | 3 1 | 2 7 0 0 1 | 2 0 | 1 7 4 2 0 | |
| 福祉施設初期加算 | 5 1 6 4 0 0 | 3 0 | 3 0 | 9 0 0 | 1 9 | 5 7 0 | |
| 福祉施設管理栄養士配置加算 | 5 1 6 2 7 1 | 1 2 | 3 1 | 3 7 2 | 2 0 | 2 4 0 | |
| 福祉施設栄養マネジメント加算 | 5 1 6 2 7 3 | 1 2 | 3 1 | 3 7 2 | 2 0 | 2 4 0 | |
| 合計 | | | | 2 8 6 4 5 | | 1 8 4 7 0 | |

| 区分 | 保険分 | 公費分 |
|-----------|--------------|------------|
| 単位数合計 | 2 8 6 4 5 | 1 8 4 7 0 |
| 単位数単価 | 1 0 0 0 円/単位 | |
| 給付率 | 9 0 /100 | 1 0 0 /100 |
| 請求額(円) | 2 5 7 8 0 5 | 3 4 7 0 |
| 利用者負担額(円) | 1 0 1 7 5 | 1 5 0 0 0 |

生活保護受給者のうち被保険者(介護保険併用)は、利用者負担額の上限額が15,000円となっています。介護券に記載された本人支払額が15,000円を超えている場合でも、この欄には15,000円と記載します。

| サービス内容 | サービスコード | 費用単価(円) | 負担限度額 | 日数 | 費用額(円) | 保険分 | 公費日数 | 公費分 | 利用者負担額 |
|------------|-------------|---------|-------|-----|-----------|-----------|--------|---------|-----------|
| 福祉施設食費 | 5 9 5 1 1 1 | 1 3 8 0 | 3 0 0 | 3 1 | 4 2 7 8 0 | 3 3 4 8 0 | 2 0 | 6 0 0 0 | 3 3 0 0 |
| 福祉施設多床室 | 5 9 5 1 2 4 | 3 2 0 | 0 | 3 1 | 9 9 2 0 | 9 9 2 0 | 0 | 0 | 0 |
| 合計 | | | | | 5 2 7 0 0 | | | 6 0 0 0 | 3 3 0 0 |
| 保険者分請求額(円) | | | | | | 4 3 4 0 0 | 公費分請求額 | 1 0 0 0 | 公費分本人負担月額 |
| | | | | | | | | | 5 0 0 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 |
| 51 | 施設介護サービス費 | | | | | |

介護券本人支払額 - 施設介護費 = 特定入所者介護サービス費本人負担額 = 公費分合計 - 公費分請求額
 20,000円 - 15,000円 = 5,000円 = 6,000円 - 1,000円

1 枚中 1 枚目