

＜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	例	種別 (※)	説明
1	総合事業の対象者等の弾力化	例1	ケ	市町村が補助する総合事業サービスのみを要介護者が利用し、介護予防ケアマネジメント（様式第七の三）を請求する場合の請求明細書
2		例2	請	国で示されている単位数を超過して記載する場合の請求明細書
3		例3	ケ	国で示されている単位数を超過して介護予防ケアマネジメント費の単位数を記載する場合の請求明細書

※種別については以下のとおりとする

請・・・介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
（訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費）

ケ・・・介護予防・日常生活支援総合事業費明細書（介護予防ケアマネジメント費）

様式第七の三（附則第二条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
(介護予防ケアマネジメント費)

記載例 1
市町村が補助する総合事業サービスの
のみを利用し、介護予防ケアマネジ
メント（様式第七の三）を請求する
場合の請求明細書

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	2	2	2	2	請求事業者	事業所番号	9	0	0	0	0	0	0	2	2	0			
	(フリガナ)	カイゴ シロウ											事業所名称	〇〇地域包括支援センター												
	氏名	介護 次郎												所在地	〒 9 9 9 - 2 2 2 2 〇〇県〇〇市△△町 22-2-2											
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 0 5 年 0 6 月 0 2 日 性別 1. 男 2. 女											要支援 状態区分等		事業対象者 要支援1・2 (継続利用の場合 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 0 4 年 0 3 月 3 1 日 まで													連絡先	電話番号 099-222-0002										

事業費明細欄	サービス内容		サービスコード					単位数			回数	サービス単位数			公費分 回数	公費対象単位数			摘要			
	介護予防ケアマネジメント・要介護者		A	F	3	0	0	1		4	3	8		1			4	3	8			

事業費明細欄 (住所地特例 対象者)	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			施設所在 保険者番号	摘要

請求額集計欄	区分	事業分						公費分					
	①サービス単位数合計	4 3 8											
	②単位数単価	1	0	2	1	円／単位							
	③給付率							／100					
	④事業費請求額（円）	4 4 7 1											

様式第二の三（附則第二条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書

(訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費)

記載例 2

国で示されている単位数を超過して
記載する場合の請求明細書

公費負担者番号								
公費受給者番号								

令和						
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	3	3	3	3	
	(フリガナ)	カイコ ハナコ										
	氏名	介護 花子										
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和								性別	1. 男 2. 女	
		0	5	年	0	5	月	1	5			
	要支援状態区分等	事業対象者・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	3	0	
	事業所名称	〇〇事業所										
	所在地	〒	9	9	9	－	3	3	3	3		
		〇〇県□□市△△町 3-3-3										
	連絡先	電話番号 099－333－3333										

介護予防 サービス 計画	③ 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成											
	事業所 番号	9	0	0	0	0	0	0	3	3	0	事業所 名称

開始 年月日	1. 平成 2. 令和		年		月		日	中止 年月日	令和		年		月		日
-----------	----------------	--	---	--	---	--	---	-----------	----	--	---	--	---	--	---

	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	
事業費明細欄	訪問型独自サービスⅠ	A 2 1 1 1 1 1 1	5 0 0	1	1 5 0 0				
	訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅰ	A 2 6 2 6 9	2 0 6	1	2 0 6				
	訪問型独自サービス特定処遇改善加算Ⅰ	A 2 6 2 7 8	9 5	1	9 5				
事業費明細欄 (住所地特例対象者)	サービス内容							被保険者番号	摘要

[illegible]

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

様式第七の三（附則第二条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
(介護予防ケアマネジメント費)

記載例 3

国で示されている単位数を超過して介護
予防ケアマネジメント費の単位数を記載
する場合の請求明細書

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 番号	0 0 0 0 0 0 5 5 5 5											
	(フリガナ) カイコ サブロー											
	氏名 介護 三郎											
	生年月日 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 性別 1. 男 2. 女											
	要支援 状態区分等 事業対象者 要支援 1・2 (継続利用の場合 要介護 1・2・3・4・5)											
認定有効 期間	1. 平成 2. 令和 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	0	0	0	0	0	5	5	0	
	事業所名称	〇〇地域包括支援センター										
	所在地	〒	9	9	9	－	5	5	5	5		
		〇〇県□□市△△町 5-5-5										
	連絡先	電話番号 099－555－5555										

[illegible]

事業費明細欄 (住所地利 対象者)	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	施設所在 保険者番号	摘要

請求額集計欄	区分		事業分				公費分				
	①サービス単位数合計			1	3	0	0				
	②単位数単価		1	0	2	1	円／単位				
	③給付率						／100				
	④事業費請求額（円）			1	3	2	7	3			

	枚中		枚目
--	----	--	----