

介護予防・日常生活支援総合事業 請求エラー事例集

平成 27 年 5 月受付分の請求情報の審査結果のうち、
代表的なエラー事例を掲載

東京都国民健康保険団体連合会
介護システム担当課

様式第二の三 (附則第〇条関係)

誤

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)

事例1-①

処遇改善加算の単位数を限度額管理対象単位数に記載している

公費負担者番号		平成	2	7	年	0	4	月	分
公費受給者番号		保険者番号	1	3	1	0	1	0	

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
	(フリガナ)	カゴ イチロウ									
	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	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成	2	8	年	0	3	月	3	1	日	まで

請求事業者	事業所番号	1	3	7	0	1	0	0	0	1	0
	事業所名称	〇〇事業所									
	所在地	〒999-9999 東京都〇〇区△△町1-1-1									
	連絡先	電話番号 099-222-2222									

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	1	3	0	0	0	1	0	0	0	1
		事業所名称	●●地域包括支援センター									

開始年月日	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	中止年月日	平成		年		月		日
-------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------	----	--	---	--	---	--	---

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
	訪問型サービス1	A 1 1 1 1 1 1			1	1 1 6 8		
訪問型サービス加算	A 1 1 4 0 1			1	2 0 0			
訪問型サービス処遇加算	A 1 6 2 7 0			1	1 1 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

「A1 6270:訪問型処遇加算」は限度額管理対象ではないため、⑤限度額管理対象単位数ではなく、⑥限度額管理対象外単位数欄に記載する。
※サービス提供体制強化加算等も限度額管理対象外

請求額集計欄	①サービス種類コード / ②名称	A 1	訪問型サービス (みなし)																				
	③サービス実日数	1	0	日																			
	④計画単位数			1	4	8	6																
	⑤限度額管理対象単位数			1	4	8	6																
	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	4	8	6											事業	9	0			
	⑧公費分単位数						0											公費					
	⑨単位数単価	1	1	4	0	円/単位												合計					
	⑩事業費請求額			1	5	2	4	6											1	5	2	4	6
	⑪利用者負担額				1	6	9	4												1	6	9	4
	⑫公費請求額						0																0
	⑬公費分本人負担						0																0

様式第二の三 (附則第〇条関係)

正

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)

事例1-②

処遇改善加算の単位数を限度額管理
対象単位数に記載している

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

平成	2	7	年	0	4	月分
保険者番号	1	3	1	0	1	0

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
	(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	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成	2	8	年	0	3	月	3	1	日	まで

請求事業者	事業所番号	1	3	7	0	1	0	0	0	1	0
	事業所名称	〇〇事業所									
	所在地	〒999-9999 東京都〇〇区△△町1-1-1									
	連絡先	電話番号 099-222-2222									

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	1 3 0 0 0 1 0 0 0 1
事業所名称	●●地域包括支援センター

開始年月日	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	中止年月日	平成		年		月		日
-------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------	----	--	---	--	---	--	---

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
	訪問型サービス1	A 1 1 1 1 1 1			1	1 1 6 8		
訪問型サービス加算	A 1 1 4 0 1			1	2 0 0			
訪問型サービス処遇加算	A 1 6 2 7 0			1	1 1 8			

事業費明細欄 (住所の特例対象者)	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	①サービス種類コード /②名称	A 1	訪問型サービス (みなし)																	
	③サービス実日数	1	0	日																
	④計画単位数			1	3	6	8													
	⑤限度額管理対象単位数			1	3	6	8													
	⑥限度額管理対象外単位数			1	1	8														
	⑦給付単位数(④⑤のうち 少ない数)+⑥			1	4	8	6													
	⑧公費分単位数						0													
	⑨単位数単価	1	1	4	0	円/単位														
	⑩事業費請求額			1	5	2	4	6												
	⑪利用者負担額			1	6	9	4													
	⑫公費請求額						0													
	⑬公費分本人負担						0													



事例2-①
事業費請求額又は利用者負担額に誤った金額を記載している

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)

公費負担者番号		平成	2	7	年	0	4	月分
公費受給者番号		保険者番号	1	3	1	0	1	0

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
	(7桁カナ)	カゴ 仔叻									
	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	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成	2	8	年	0	3	月	3	1	日	まで

請求事業者	事業所番号	1	3	7	0	1	0	0	0	1	0
	事業所名称	〇〇事業所									
	所在地	〒9999-9999 東京都〇〇区△△町1-1-1									
	連絡先	電話番号 099-222-2222									

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	1 3 0 0 0 1 0 0 0 1
事業所名称	●●地域包括支援センター

開始年月日	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	中止年月日	平成		年		月		日
-------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------	----	--	---	--	---	--	---

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
	訪問型サービス1	A 1 1 1 1 1 1			1	1 1 6 8		
訪問型サービス加算	A 1 1 4 0 1			1	2 0 0			
訪問型サービス処遇加算	A 1 6 2 7 0			1	1 1 8			

事業費明細欄 (住所地利例対象者)	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	①サービス種類コード / ②名称	A 1	訪問型サービス (みなし)
	③サービス実日数	1 0	日
	④計画単位数	1 3 6 8	
	⑤限度額管理対象単位数	1 3 6 8	
	⑥限度額管理対象外単位数	1 1 8	
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥	1 4 8 6	
	⑧公費分単位数	0	
	⑨単位数単価	1 1 4 0	円/単位
	⑩事業費請求額	1 5 2 4 7	
	⑪利用者負担額	1 6 9 3	
	⑫公費請求額	0	
	⑬公費分本人負担	0	

1.事業費請求額の求め方
⑩事業費請求額 = 《⑦給付単位数 × ⑨単位数単価》 × 給付率
 1,486 単位 × 11.40 円 = 16,940.4 円 小数点以下切捨
 16,940 円 × 90% = 15,246 円 小数点以下切捨

2.利用者負担額の求め方
⑪利用者負担額 = 《⑦給付単位数 × ⑨単位数単価》 - ⑩事業費請求額
 1,486 単位 × 11.40 円 = 16,940.4 円 小数点以下切捨
 16,940 円 - 15,246 円 = 1,694 円

給付率 (/100)					9	0
合計	1	5	2	4	7	
	1	6	9	3		
					0	
					0	

正

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)

事例2-②

事業費請求額又は利用者負担額に誤った金額を記載している

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

平成	2	7	年	0	4	月分
保険者番号	1	3	1	0	1	0

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0											
	(フリガナ)	カゴ 一 郎																				
	氏名	介護 一郎																				
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	0	5	年	0	7	月	0	7	日	1. 男	2. 女						
	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	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から	平成	2	8	年	0	3	月	3	1	日	まで

請求事業者	事業所番号	1	3	7	0	1	0	0	0	1	0
	事業所名称	〇〇事業所									
	所在地	〒999-9999 東京都〇〇区△△町1-1-1									
	連絡先	電話番号 099-222-2222									

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	1	3	0	0	0	1	0	0	0	1
事業所名称	●●地域包括支援センター									

開始年月日	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	中止年月日	平成		年		月		日
-------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------	----	--	---	--	---	--	---

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
	訪問型サービス1	A 1 1 1 1 1 1			1	1 1 6 8		
訪問型サービス加算	A 1 1 4 0 1			1	2 0 0			
訪問型サービス処遇加算	A 1 6 2 7 0			1	1 1 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	①サービス種類コード / ②名称	A 1	訪問型サービス (みなし)																	
	③サービス実日数	1	0	日																
	④計画単位数			1	3	6	8													
	⑤限度額管理対象単位数			1	3	6	8													
	⑥限度額管理対象外単位数			1	1	8														
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥			1	4	8	6													
	⑧公費分単位数						0													
	⑨単位数単価	1	1	4	0	円/単位														
	⑩事業費請求額			1	5	2	4	6												
	⑪利用者負担額			1	6	9	4													
	⑫公費請求額						0													
	⑬公費分本人負担						0													

様式第二の三（附則第〇条関係）

誤

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）

事例3-①
 請求額集計欄のサービス種類にサービスコードごと記載している

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

平成	2	7	年	0	4	月分
保険者番号	1	3	1	0	1	0

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
	(フリガナ)	カゴ イチロウ									
	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	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成	2	8	年	0	3	月	3	1	日	まで

請求事業者	事業所番号	1	3	7	0	1	0	0	0	1	0
	事業所名称	〇〇事業所									
	所在地	〒999-9999 東京都〇〇区△△町1-1-1									
	連絡先	電話番号 099-222-2222									

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	1 3 0 0 0 1 0 0 0 1
事業所名称	●●地域包括支援センター

開始年月日	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日
中止年月日	平成			年			月			日

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
		予防通所介護 I	A 5 1 1 1 1		1	1 6 4 7		
	予防通所介護運動機能向上加算	A 5 5 0 0 2		1	2 2 5			
	予防通所介護処遇改善加算 I	A 5 6 1 1 0		1	7 5			

請求額集計欄はサービス種類ごとに記載する。
 したがって、この事例では「A5」サービスをまとめて記載する。

事業費明細欄 (住所地利所別)	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス	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	A 5	予防通所介護 I	A 5	予防通所介護運動機能向上加算	A 5	予防通所介護処遇改善加算 I		
	③サービス実日数	1	日	1	日	1	日		
	④計画単位数		1 6 4 7		2 2 5				
	⑤限度額管理対象単位数		1 6 4 7		2 2 5				
	⑥限度額管理対象外単位数		0		0		7 5		給付率 (/100)
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) +⑥		1 6 4 7		2 2 5		7 5		事業 9 0
	⑧公費分単位数		0		0				公費
	⑨単位数単価	1 0 9 0	円/単位	1 0 9 0	円/単位	1 0 9 0	円/単位		合計
	⑩事業費請求額		1 6 1 5 6		2 2 0 6		8 1 7		1 9 0 9 7
	⑪利用者負担額		1 7 9 6		2 4 6		8 2		2 1 2 4
	⑫公費請求額		0		0				0
	⑬公費分本人負担		0		0				0

様式第二の三 (附則第〇条関係)



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)

事例3-2
請求額集計欄のサービス種類にサービスコードごと記載している

公費負担者番号		平成	2	7	年	0	4	月分
公費受給者番号		保険者番号	1	3	1	0	1	0

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
	(7)カガ)	カゴ 仔叩									
	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	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成	2	8	年	0	3	月	3	1	日	まで

請求事業者	事業所番号	1	3	7	0	1	0	0	0	1	0
	事業所名称	〇〇事業所									
	所在地	〒9999-9999 東京都〇〇区△△町1-1-1									
	連絡先	電話番号 099-222-2222									

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	1	3	0	0	0	1	0	0	0	1
事業所名称	●●地域包括支援センター									

開始年月日	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	中止年月日	平成			年			月			日
-------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

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
		予防通所介護 I	A 5 1 1 1 1		1	1 6 4 7		
	予防通所介護運動機能向上加算	A 5 5 0 0 2		1	2 2 5			
	予防通所介護処遇改善加算 I	A 5 6 1 1 0		1	7 5			

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	①サービス種類コード / ②名称	A 5	予防通所介護						
	③サービス実日数	1	日						日
	④計画単位数		1 8 7 2						
	⑤限度額管理対象単位数		1 8 7 2						
	⑥限度額管理対象外単位数		7 5						給付率 (/100)
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥		1 9 4 7						事業 9 0
	⑧公費分単位数		0						公費
	⑨単位数単価	1 0 9 0	円/単位						円/単位 合計
	⑩事業費請求額	1 9 0 9 9							1 9 0 9 9
	⑪利用者負担額	2 1 2 3							2 1 2 3
	⑫公費請求額		0						0
	⑬公費分本人負担		0						0

様式第二の三 (附則第〇条関係)

事例4-①
サービス種類コードの記載が誤っている

誤

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)

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成	2	7	年	0	4	月分
保険者番号	1	3	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 タロウ	
	氏名	介護 太郎	
	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 0 5 日	
	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	平成 2 7 年 0 4 月 0 1 日 から		
	平成 年 月 日 まで		

請求事業者	事業所番号	1 3 A 0 1 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
		東京都〇〇区△△町 1-1-11
連絡先	電話番号 099-222-2222	

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	1 3 0 0 0 2 0 0 2 0	事業所名称	●●地域包括支援センター

開始年月日	平成 2 7 年 0 4 月 0 1 日	中止年月日	平成 年 月 日
-------	----------------------	-------	----------

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
		〇〇サービス1	A 3 □ □ □ □	2 0 0	5	1 0 0 0		
	〇〇サービス2	A 3 ■ ■ ■ ■	1 0 0	3	3 0 0			
	処遇改善加算相当	A 3 △ △ △ △		1	2 0			

サービス内容及びサービスコードは市町村が指定するため、「□」「■」「△」にて表記している

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	摘要

請求額集計欄	①サービス種類コード / ②名称	6 1	非課税 (独自/定率)						
	③サービス実日数	8	日		日		日		
	④計画単位数		1 3 0 0						
	⑤限度額管理対象単位数		1 3 0 0						
	⑥限度額管理対象外単位数		2 0					給付率 (/100)	
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥		1 3 2 0					事業 9 0	
	⑧公費分単位数		0					公費	
	⑨単位数単価	1 1 4 0	円/単位		円/単位		円/単位	円/単位	合計
	⑩事業費請求額	1 3 5 4 3						1 3 5 4 3	
	⑪利用者負担額	1 5 0 5						1 5 0 5	
	⑫公費請求額	0						0	
	⑬公費分本人負担	0						0	

様式第二の三 (附則第〇条関係)

事例4-②

サービス種類コードの記載が誤っている



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)

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

平成	2	7	年	0	4	月分
保険者番号	1	3	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 太郎									
	氏名	介護 太郎									
	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・要支援2									
	認定有効期間	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日
	平成			年			月			日	まで

請求事業者	事業所番号	1	3	A	0	1	0	0	0	1	0
	事業所名称	〇〇事業所									
	所在地	〒999-9999 東京都〇〇区△△町1-1-11									
	連絡先	電話番号 099-222-2222									

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	1	3	0	0	0	2	0	0	2	0
事業所名称	●●地域包括支援センター									

開始年月日	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日
中止年月日	平成			年			月			日

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
	〇〇サービス1	A 3	□ □ □ □	2 0 0	5	1 0 0 0		
〇〇サービス2	A 3	■ ■ ■ ■	1 0 0	3	3 0 0			
処遇改善加算相当	A 3	△ △ △ △		1	2 0			

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	①サービス種類コード / ②名称	A 3	訪問型サービス (独自/定率)							
	③サービス実日数	8	日		日		日		日	
	④計画単位数		1 3 0 0							
	⑤限度額管理対象単位数		1 3 0 0							
	⑥限度額管理対象外単位数		2 0							給付率 (/100)
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥		1 3 2 0							事業 9 0
	⑧公費分単位数		0							公費
	⑨単位数単価	1 1 4 0	円/単位			円/単位			円/単位	合計
	⑩事業費請求額	1 3 5 4 3								1 3 5 4 3
	⑪利用者負担額	1 5 0 5								1 5 0 5
	⑫公費請求額	0								0
	⑬公費分本人負担	0								0

誤

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)

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

平成	2	7	年	0	4	月分
保険者番号	1	3	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 タロウ									
	氏名	介護 太郎									
	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・要支援2									
認定有効期間	平成		年		月						

請求事業	事業所番号	1	3	A	0	1	0	0	0	1	0
	事業所名称	〇〇事業所									
	所在地	〒999-9999 東京都〇〇区△△町1-1-1									

【要支援状態区分等欄】が
事業対象者の場合～開始年月日のみ記載でも可
要支援者の場合～開始及び終了年月日を記載

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	1 3 0 0 0 2 0 0 2 0
事業所名称	●●地域包括支援センター

開始年月日	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日
中止年月日	平成			年			月			日

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
	〇〇サービス1	A 3	□ □ □ □	2 0 0	5	1 0 0 0		
〇〇サービス2	A 3	■ ■ ■ ■	1 0 0	3	3 0 0			
処遇改善加算相当	A 3	△ △ △ △		1	2 0			

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	①サービス種類コード / ②名称	A 3	訪問型サービス (独自/定率)								
	③サービス実日数	8	日								
	④計画単位数	1 3 0 0									
	⑤限度額管理対象単位数	1 3 0 0									
	⑥限度額管理対象外単位数	2 0									給付率 (/100)
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥	1 3 2 0									事業 9 0
	⑧公費分単位数	0									公費
	⑨単位数単価	1 1 4 0	円/単位								合計
	⑩事業費請求額	1 3 5 4 3									1 3 5 4 3
	⑪利用者負担額	1 5 0 5									1 5 0 5
	⑫公費請求額	0									0
	⑬公費分本人負担	0									0



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)

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

平成	2	7	年	0	4	月分
保険者番号	1	3	1	0	0	1

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
	(7桁カ)	カゴク									
	氏名	介護 太郎									
	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・要支援2									
	認定有効期間	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日
	平成			年			月			日	まで

請求事業者	事業所番号	1	3	A	0	1	0	0	0	1	0
	事業所名称	〇〇事業所									
	所在地	〒999-9999 東京都〇〇区△△町1-1-1									
	連絡先	電話番号 099-222-2222									

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	1 3 0 0 0 2 0 0 2 0
事業所名称	●●地域包括支援センター

開始年月日	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	中止年月日	平成			年			月			日
-------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

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
	〇〇サービス1	A 3 □ □ □ □	2 0 0	5	1 0 0 0			
〇〇サービス2	A 3 ■ ■ ■ ■	1 0 0	3	3 0 0				
処遇改善加算相当	A 3 △ △ △ △		1	2 0				

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	①サービス種類コード / ②名称	A 3	訪問型サービス (独自/定率)							
	③サービス実日数	8	日		日		日		日	
	④計画単位数		1 3 0 0							
	⑤限度額管理対象単位数		1 3 0 0							
	⑥限度額管理対象外単位数		2 0							給付率 (/100)
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥		1 3 2 0							事業 9 0
	⑧公費分単位数		0							公費
	⑨単位数単価	1 1 4 0	円/単位		円/単位		円/単位		円/単位	合計
	⑩事業費請求額	1 3 5 4 3								1 3 5 4 3
	⑪利用者負担額	1 5 0 5								1 5 0 5
	⑫公費請求額	0								0
	⑬公費分本人負担	0								0

様式第二の三 (附則第〇条関係)

誤

事例6-①
サービス実日数、計画単位数、限度額管理対象単位数、給付単位数や給付率が「0(ゼロ)」となっている

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)

公費負担者番号	
公費受給者番号	

平成	2	7	年	0	4	月分
保険者番号	1	3	1	0	1	0

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	
	(フリガナ)	カゴ イロウ										
	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	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から	
	平成	2	8	年	0	3	月	3	1	日	まで	

請求事業者	事業所番号	1	3	7	0	1	0	0	0	1	0	
	事業所名称	〇〇事業所										
	所在地	〒9999-9999 東京都〇〇区△△町1-1-1										
	連絡先	電話番号 099-222-2222										

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	1	3	0	0	0	1	0	0	0	1	事業所名称	●●地域包括支援センター

開始年月日	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	中止年月日	平成		年		月		日
-------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------	----	--	---	--	---	--	---

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
		訪問型サービスI	A 1 1 1 1 1 1		1	1 1 6 8		
	訪問型サービス加算	A 1 4 0 0 1		1	2 0 0			
	訪問型サービス処遇加算	A 1 6 2 7 0			1 1 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	摘要

記載必須項目に「0(ゼロ)」が記載されているため、エラーが発生した。必ず記載する。
※A3、A7 サービスはサービスコードに給付率が含まれているので、給付率の記載は不要

請求額集計欄	①サービス種類コード / ②名称	A 1	訪問型サービス(みなし)																			
	③サービス実日数	0	日																			
	④計画単位数			0																		
	⑤限度額管理対象単位数			1	4	8	6															
	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			0														事業	0			
	⑧公費分単位数			0														公費				
	⑨単位数単価	1	1	4	0	円/単位												合計				
	⑩事業費請求額	1	5	2	4	6												1	5	2	4	6
	⑪利用者負担額			1	6	9	4											1	6	9	4	
	⑫公費請求額					0															0	
	⑬公費分本人負担					0															0	

様式第二の三 (附則第〇条関係)



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)

事例6-②

サービス実日数、計画単位数、限度額
管理対象単位数、給付単位数や給付
率が「0(ゼロ)」となっている

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

平成	2	7	年	0	4	月分
----	---	---	---	---	---	----

公費受給者番号																				
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

保険者番号	1	3	1	0	1	0
-------	---	---	---	---	---	---

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	
	(フリガナ)	カゴ イチロウ										
	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	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成	2	8	年	0	3	月	3	1	日	まで	

請求事業者	事業所番号	1	3	7	0	1	0	0	0	1	0	
	事業所名称	〇〇事業所										
	所在地	〒999-9999 東京都〇〇区△△町1-1-1										
	連絡先	電話番号 099-222-2222										

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	1 3 0 0 0 1 0 0 0 1
事業所名称	●●地域包括支援センター

開始年月日	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日
中止年月日	平成			年			月			日

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
	訪問型サービスI	A 1 1 1 1 1 1			1	1 1 6 8		
訪問型サービス加算	A 1 4 0 0 1			1	2 0 0			
訪問型サービス処遇加算	A 1 6 2 7 0				1 1 8			

事業費明細欄 (住所特例対象者)	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	①サービス種類コード /②名称	A 1	訪問型サービス (みなし)										
	③サービス実日数	1	日										
	④計画単位数		1 3 6 8										
	⑤限度額管理対象単位数		1 3 6 8										
	⑥限度額管理対象外単位数		1 1 8								付率 (/100)		
	⑦給付単位数 (④⑤のうち 少ない数) +⑥		1 4 8 6								事業 9 0		
	⑧公費分単位数		0								公費		
	⑨単位数単価	1 1	▲ 4 0	円/単位		▲	円/単位		▲	円/単位	▲	円/単位	合計
	⑩事業費請求額		1 5 2 4 6									1 5 2 4 6	
	⑪利用者負担額		1 6 9 4									1 6 9 4	
	⑫公費請求額		0									0	
	⑬公費分本人負担		0									0	

枚中	枚目
----	----

様式第二の三 (附則第〇条関係)

事例7-①
サービス提供数が総合事業サービスコード台帳の制限回数日数を超えている

誤

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)

公費負担者番号		平成	2	7	年	0	4	月	分			
公費受給者番号		保険者番号	1	3	1	0	1	0				
被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	
	(フリガナ)	カゴ イチロウ										
	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	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から	
	平成	2	8	年	0	3	月	3	1	日	まで	
請求事業者	事業所番号	1	3	7	0	1	0	0	0	1	0	
	事業所名称	〇〇事業所										
	所在地	〒999-9999 東京都〇〇区△△町1-1-1										
	連絡先	電話番号 099-222-2222										

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	1	3	0	0	0	1	0	0	0	1
		事業所名称	●●地域包括支援センター									

開始年月日	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	中止年月日	平成			年			月			日
-------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

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
		予通所介護Ⅱ	A 7 ■ ■ ■ ■		1	2 1 5 0		
	予通所介護処遇改善加算相当	A 7 □ □ □ □		1		4 0		
	予通所介護Ⅱ入浴加算	A 7 ▲ ▲ ▲ ▲		9	4 5 0			
	予通所介護Ⅱ送迎加算	A 7 △ △ △ △		1 8	8 1 0			

保険者が設定したサービスコードでは、「A7▲▲▲▲」は月5回まで、「A7△△△△」は月10回までとなっているため、回数超過しているのではエラーが発生している。
※独自サービス(A3、A7)の場合は、保険者が作成したサービスコードをご確認ください。

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	摘要

請求額集計欄	①サービス種類コード / ②名称	A 7 通所型サービス (独自/定率)	A 5						
	③サービス実日数	1 0 日		日	1 日		日		
	④計画単位数	4 2 1 0							
	⑤限度額管理対象単位数	4 2 1 0							
	⑥限度額管理対象外単位数	4 0						給付率 (/100)	
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥	4 2 5 0						事業 9 0	
	⑧公費分単位数	0						公費	
	⑨単位数単価	1 0 ▲ 9 0 円/単位		▲	円/単位	▲	円/単位	▲	合計
	⑩事業費請求額	4 1 6 9 2						4 1 6 9 2	
	⑪利用者負担額	4 6 3 3						4 6 3 3	
	⑫公費請求額	0						0	
	⑬公費分本人負担	0						0	

様式第二の三 (附則第〇条関係)



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)

事例7-②

サービス提供数が総合事業サービスコード台帳の制限回数日数を超過している

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

平成	2	7	年	0	4	月	分
保険者番号	1	3	1	0	1	0	

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
	(フリガナ)	カゴ イチロウ									
	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	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成	2	8	年	0	3	月	3	1	日	まで

請求事業者	事業所番号	1	3	7	0	1	0	0	0	1	0
	事業所名称	〇〇事業所									
	所在地	〒9999-9999 東京都〇〇区△△町1-1-1									
	連絡先	電話番号 099-222-2222									

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	1	3	0	0	0	1	0	0	0	1
	事業所名称	●●地域包括支援センター									

開始年月日	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日
中止年月日	平成			年			月			日

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
		予防通所介護Ⅱ	A 7 ■ ■ ■ ■		1	2 1 5 0		
	予防通所介護処遇改善加算相当	A 7 □ □ □ □		1			4 0	
	予防通所介護Ⅱ入浴加算	A 7 ▲ ▲ ▲ ▲		5	2 5 0			
	予防通所介護Ⅱ送迎加算	A 7 △ △ △ △		1 0	4 5 0			

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	①サービス種類コード / ②名称	A 7	通所型サービス (独自/定率)						
	③サービス実日数	1 0	日		日		日		日
	④計画単位数		2 8 5 0						
	⑤限度額管理対象単位数		2 8 5 0						
	⑥限度額管理対象外単位数			4 0					給付率 (/100)
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥		2 8 9 0						事業 9 0
	⑧公費分単位数			0					公費
	⑨単位数単価	1 0	9 0	円/単位		円/単位		円/単位	合計
	⑩事業費請求額		2 8 3 5 0						2 8 3 5 0
	⑪利用者負担額		3 1 5 1						3 1 5 1
	⑫公費請求額			0					0
	⑬公費分本人負担			0					0



事例8-①
 住所地特例対象者であるのに通常の
 事業費明細欄に記載している

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)

公費負担者番号		平成	2	7	年	0	4	月	分
公費受給者番号		保険者番号	1	3	2	0	2	0	

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
	(フリガナ)	カゴ イチロウ									
	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	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から
	平成	2	8	年	0	3	月	3	1	日	まで

請求事業者	事業所番号	1	3	7	0	1	0	0	0	1	0
	事業所名称	〇〇事業所									
	所在地	〒999-9999 東京都〇〇区△△町1-1-1									
	連絡先	電話番号 099-222-2222									

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	1	3	0	0	0	1	0	0	0	1
		事業所名称	●●地域包括支援センター									

開始年月日	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	中止年月日	平成			年			月			日
-------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

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
	訪問型サービス1	A 1 1 1 1 1 1		1	1 1 6 8			
	訪問型サービス加算	A 1 1 4 0 1		1	2 0 0			
	訪問型サービス処遇加算	A 1 6 2 7 0		1	1 1 8			

住所地特例対象者にサービスを実施した場合、事業費明細欄には記載しない。
 この場合は、事業費明細欄(住所地特例対象者)欄に記載してください。

住所地特例対象者の被保険者が住所地にて総合事業のサービスを受けた。

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	①サービス種類コード / ②名称	A 1	訪問型サービス (みなし)								
	③サービス実日数	1 0	日		日		日		日		
	④計画単位数		1 4 8 6								
	⑤限度額管理対象単位数		1 3 6 8								
	⑥限度額管理対象外単位数		1 1 8						給付率 (/100)		
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥		1 4 8 6						事業 9 0		
	⑧公費分単位数		0						公費		
	⑨単位数単価	1 1	▲ 4 0	円/単位		▲	円/単位		▲	円/単位	合計
	⑩事業費請求額		1 5 2 4 6							1 5 2 4 6	
	⑪利用者負担額		1 6 9 4							1 6 9 4	
	⑫公費請求額		0							0	
	⑬公費分本人負担		0							0	



事例8-②
住所地特例対象者であるのに通常の
事業費明細欄に記載している

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)

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

平成	2	7	年	0	4	月分
保険者番号	1	3	2	0	2	0

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0											
	(フリガナ)	カゴ イロウ																				
	氏名	介護 一郎																				
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	0	5	年	0	7	月	0	7	日	性別	1.男	2.女						
	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	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	から	平成	2	8	年	0	3	月	3	1	日	まで

請求事業者	事業所番号	1	3	7	0	1	0	0	0	1	0
	事業所名称	〇〇事業所									
	所在地	〒999-9999 東京都〇〇区△△町1-1-1									
	連絡先	電話番号 099-222-2222									

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	1 3 0 0 0 1 0 0 0 1
事業所名称	●●地域包括支援センター

開始年月日	平成	2	7	年	0	4	月	0	1	日	中止年月日	平成			年			月			日
-------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

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

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
	訪問型サービスI	A 1 1 1 1 1		1	1 1 6 8			137011	
	訪問型サービス加算	A 1 1 4 0 1		1	2 0 0			137011	
	訪問型サービス処遇加算	A 1 6 2 7 0		1	1 1 8			137011	

請求額集計欄	①サービス種類コード /②名称	A 1	訪問型サービス (みなし)																			
	③サービス実日数	1	0	日																		
	④計画単位数			1	4	8	6															
	⑤限度額管理対象単位数			1	3	6	8															
	⑥限度額管理対象外単位数			1	1	8																
	⑦給付単位数 (④⑤のうち 少ない数) +⑥			1	4	8	6															
	⑧公費分単位数						0															
	⑨単位数単価	1	1	▲	4	0	円/単位															
	⑩事業費請求額			1	5	2	4	6														
	⑪利用者負担額			1	6	9	4															
	⑫公費請求額						0															
	⑬公費分本人負担						0															

総合事業サービス種類と適用可能公費の関係

		58 全額免除	81 原爆助成	25 中国残留	12 生活保護
A1	訪問型サービス（みなし）	○	○	○	○
A2	訪問型サービス（独自）	○	○	○	○
A3	訪問型サービス（独自/定率）			○	○
A4	訪問型サービス（独自/定額）			○	○
A5	通所型サービス（みなし）		○	○	○
A6	通所型サービス（独自）		○	○	○
A7	通所型サービス（独自/定率）			○	○
A8	通所型サービス（独自/定額）			○	○
A9	その他の生活支援サービス（配食/定率）			○	○
AA	その他の生活支援サービス（配食/定額）			○	○
AB	その他の生活支援サービス（見守り/定率）			○	○
AC	その他の生活支援サービス（見守り/定額）			○	○
AD	その他の生活支援サービス（その他/定率）			○	○
AE	その他の生活支援サービス（その他/定額）			○	○
AF	介護予防ケアマネジメント※			○	○

※都内地域包括支援センター又は委託先居宅介護事業所からは別途請求があるため、請求が発生しない。

正

事例 10

生活保護単独の総合事業利用者
(第2号被保険者)

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)

公費負担者番号	1	2	1	3	0	0	0	0
公費受給者番号	1	1	1	1	1	1	1	1

平成	2	7	年	0	4	月分
保険者番号	1	3	1	0	1	0

被保険者番号	H	0	0	0	0	0	1	1	1	1	事業所番号	1	3	7	0	1	0	0	0	1	0
(フリガナ)	カゴ イロ										〇〇事業所										
氏名	介護 花子										〒999-9999										
生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男	2.女	東京都〇〇区△△町1-1-1														
要支援状態区分等	事業対象者・要支援1・要支援2										所在地										
認定有効期間	平成	2	7	0	4	月	0	1	日	から	連絡先 電話番号 099-222-2222										
	平成					年				日	まで										

生保単独の場合、被保険者番号は「H」から始まる。

65歳未満の第2号被保険者は要介護認定を経た「要支援1」か「要支援2」でなければならず、「事業対象者」にはならない。
※介護予防日常生活支援総合事業ガイドライン参照

介護予防サービス計画	3. 介護	事業所番号	●地域包括支援センター																		
開始年月日	平成	2	年			月					日	作成									

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
	予通所介護Ⅱ	A 7 ■ ■ ■ ■			1	2 1 5 0	1	2 1 5 0
予通所介護処遇改善加算相当	A 7 □ □ □ □			1		1	4 0	
予通所介護Ⅱ入浴加算	A 7 ▲ ▲ ▲ ▲			9	4 5 0	9	4 5 0	
予通所介護Ⅱ送迎加算	A 7 △ △ △ △			1 8	8 1 0	1 8	8 1 0	

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	①サービス種類コード / ②名称	A 7	通所型サービス (独自/定率)							
	③サービス実日数	1 0	日		日		日		日	
	④計画単位数		4 2 1 0							
	⑤限度額管理対象単位数		4 2 1 0							
	⑥限度額管理対象外単位数		4 0							
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥		4 2 5 0						事業 給付率 (/100) 0	
	⑧公費分単位数		4 2 5 0						公費 1 0 0	
	⑨単位数単価	1 0 9 0	円/単位		円/単位		円/単位		円/単位	合計
	⑩事業費請求額		0							0
	⑪利用者負担額		0							0
	⑫公費請求額		4 6 3 2 5							4 6 3 2 5
	⑬公費分本人負担		0							0

事業給付率は「0」と記載する。

総費用額を公費請求額に記載する。

＜その他留意事項＞

1. サービスコード AF「介護予防ケアマネジメント」は、東京都国保連合会では受付できません。保険者にお問合せください。
2. 介護予防・日常生活総合支援事業の給付管理票は「自己作成」できません。 ※介護予防日常生活支援総合事業ガイドライン参照
3. 東京都国保連合会での審査にて大量のエラーが発生した場合の対応（本会からご連絡する場合に限りです。）

①インターネット請求若しくは ISDN 回線伝送で請求している事業所
受付サーバの開放日に再度出し直しが可能です。

②磁気媒体で請求している事業所
再提出期日まで再度出し直しが可能です。

③紙媒体で請求している事業所
申し訳ございませんが、再度出し直しができません。次月以降に請求してください。

⇒インターネット請求への移行をお勧めします。

【お問合せ先】

〒102-0072

千代田区飯田橋3丁目5番1号

東京都国民健康保険団体連合会

＜総合事業費明細書等の請求方法＞

介護福祉課介護第2係 介護事業所専用窓口

TEL 03-6238-0207