

### 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 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">印</span>				
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	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				
	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	日	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	

請求額集計欄	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