

## 第12号様式(第18条)

		(1)
介護保険給付費支給申請書 (申請先)	居宅介護(支援)サービス費・特例居宅介護(支援)サービス費 居宅介護(支援)福祉用具購入費・居宅介護(支援)住宅改修費	
	居宅介護(支援)サービス計画費・特例居宅介護(支援)サービス計画費 施設介護サービス費・特例施設介護サービス費	
横浜市長	次のとおり申請します。	

受付番号						
入力票区 分コード	1	0				
様式番号	1	0				

申請区																		
被保険者番号											申請年月日				年	月	日	
保険者番号											サービス実施年月				年	月		
フリガナ																		
被保険者氏名											印	生年月日	明治・大正・昭和			年	月	日
												性別	男	・	女			
住所	〒										電話番号 ( )							
要介護状態区分	自立	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	旧措置入所者特例			無		有					
認定有効期間		年	月	日から			年	月	日まで									

\* 申請者が被保険者本人の場合、記載不要

申請事業所名 (事業所による申請の場合、記入)			事業所番号	□□□□□□□□□□□□□□□□□□
申請者氏名	(印)		被保険者との関係	
申請者住所	〒	□□□□□□□□□□	電話番号	( )

振込先	金融機関	銀行 信用金庫 農協			金融機関番号	店舗名	本店 支店 出張所	支店番号
	口座種目	普通	当座	口座番号				
	口座名義人(カタカナ)							

私は、次の者に介護保険給付費の受領に関する一切の権限を委任します(被保険者の口座に振り込むときは、記載不要)。

委任状

住所

受任者  
(口座名義人)

氏名

委任者(被保険者) 氏名

印

申請金額  巴

処理欄	給付事由				決裁入力	査定金額							円
	整理番号					支給金額							円
	申請者住記個人コード					決裁日							
	被保険者との関係		居宅サービス計画作成区分			決裁区分							
	サービス提供証明書枚数		指定 / 基準該当事業所区分			課長	係長	係員					決裁
	支払方法		サービス受給時点										起案
			給付制限による支払方法変更										決裁

(A4)

(2)

## 明細入力票1

(訪問介護・訪問入浴介護・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・福祉用具貸与・居宅療養管理指導)

受付番号						
様式番号	1	1	明細入力票1通し 枚数			

被保険者番号

サービス実施年月  年  月

事業所番号

事業所名称

請求額集計欄											
サービス種類											
サービス実日数					日				日		日
単位数合計					単位				単位		単位
上限超過単位数					単位				単位		単位
給付単位数					単位				単位		単位
単位数単価					円/単位				円/単位		円/単位
総費用額					円				円		円
保険給付率					/100						
保険請求額					円				円		円
自己負担額					円				円		円

□ 枚中 □ 枚目

(3)

## 明細入力票2 (短期入所生活介護・短期入所療養介護・痴呆対応型共同生活介護・特定施設入所者生活介護・居 介護支援・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)

受付番号						
様式番号	1	2	明細入力票2通し 枚数			

被保険者番号

サービス実施年月  年  月

事業所名称

(短期入所生活介護・短期入所療養介護利用の場合記入)

短期入所実日数 日

(居宅介護支援利用の 場合記入)	サービス コード	4	3				
---------------------	-------------	---	---	--	--	--	--

居宅サービス計画作成依頼届出年  
月日 年 月 日

单位数

単位数単価	円 / 単位
請求金額	円

請求額集計欄	単位数合計						単位
	単位数単価						円 / 単位
	総費用額						円
	保険給付率						/100
	保険請求額						円
	自己負担額						円

<sup>11)</sup>障害者健康型共同生活介護・特需施設入所者生活介護・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護障害型医療施設利用の場合は、

(痴呆対応型共同生活介護・特定施設入所者生活介護・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利用の場合記入)											
入所(院)年月日	年	月	日	入所(院)実日数	日	外泊日数	日				
退所(院)年月日	年	月	日	退所(院)後の状態コード							

食事提供費	提供日数		提供単価		提供金額			標準負担額(月額)			標準負担額(日額)		
	基本食	日	日	円	日	円	円	日	円	円	日	円	円
	特別食	日	日	円	日	円	円	食事提供費請求額					
	合計	日			日	円	円	日	円	円	日	円	円

□ 枚中 □ 枚目

明細入力票3  
(福祉用具購入・住宅改修)

受付番号	.....	.....	.....	.....	.....
様式番号	1	3	明細入力票3通し 枚数		

被保険者番号	.....
--------	-------

サービス実施年月	.....	年	.....	月
----------	-------	---	-------	---

(福祉用具購入)

サービス種類	種目コード	購入金額	摘要
4	1	.....	.....
4	1	.....	.....

[種目コード] 01腰掛便座 02特殊尿器 03入浴補助用具 04簡易浴槽 05移動用リフトのつり具の部分

総費用	保険給付率	保険請求	自己負担
.....	...../100	.....	.....

福祉用具購入年月日	.....	年	.....	月	.....	日
福祉用具商品名	.....	.....	.....	.....	.....	.....
福祉用具製造事業者名	.....	.....	.....	.....	.....	.....
福祉用具販売事業者名	.....	.....	.....	.....	.....	.....
特定福祉用具が必要である理由						

福祉用具購入年月日	.....	年	.....	月	.....	日
福祉用具商品名	.....	.....	.....	.....	.....	.....
福祉用具製造事業者名	.....	.....	.....	.....	.....	.....
福祉用具販売事業者名	.....	.....	.....	.....	.....	.....
特定福祉用具が必要である理由						

(住宅改修)

サービス種類	改修金額	保険給付率	保険請求額	自己負担額
4 2	.....	...../100	.....	.....

住宅改修着工年月日	.....	年	.....	月	.....	日
住宅改修完成年月日	.....	年	.....	月	.....	日
住宅改修事業者名	.....	.....	.....	.....	.....	.....
住宅改修を行った住宅の住所	.....	.....	.....	.....	.....	.....
*被保険者住所と同じ場合、記載不要	.....	.....	.....	.....	.....	.....
住宅改修の内容						
住宅改修の箇所及び規模						

枚中  枚目

## 明細入力票4 (緊急時施設療養費・特定診療費)

受付番号							
様式番号	1	4					

被保険者番号

サービス実施年月  年  月

(緊急時施設療養費)

(特定診療費)

傷病名

指導管理料		単位		請求額集計欄							
リハビリテーション		単位		特定診療費単位数合計							単位
精神科専門療法		単位		特定診療費単位数単価							円/単位
画像診断		単位		特定診療費総費用額							円
処置		単位		保険給付率							/100
手術		単位		特定診療費請求額							円
摘要		特定診療費自己負担額									円

□ 枚中 □ 枚目

明細入力票5  
(差額集計表)

受付番号						
様式番号	1	5	明細入力票5通し 枚数			

被保険者番号

サービス実施年月

事業所番号

事業所名称

事業所所在地

(標準負担額差額)

サービス種類コード		食事提供延べ日数		日	支払済標準負担額(月額)				円
入所(院)期間		年	月	日から	標準負担額(月額)				円
		年	月	日まで	標準負担額差額合計				円

認定証の提出が  
できなかった理  
由

(給付率差額)

サービス種類コード									
単位数合計					単位				単位
上限超過単位数					単位				単位
給付単位数					単位				単位
単位数単価					円 / 単位				円 / 単位
総費用額					円				円
給付率					/100				
保険請求額					円				円
支払済給付率					/100				
保険請求済額					円				円
請求差額					円				円

特定治療					特定診療費				
点数・単位数合計					点				単位
点数・単位数単価			1	0	円/点			1	0
総費用額					円				円
給付率					/100				/100
保険請求額					円				円
支払済給付率					/100				/100
保険請求済額					円				円
請求差額					円				円

認定証の提出が  
できなかった理  
由

枚中  枚目