

第12号様式(第18条)

(1)

介護保険給付費支給申請書 居宅介護(支援)サービス費・特例居宅介護(支援)サービス費  
 (申請先) 居宅介護(支援)福祉用具購入費・居宅介護(支援)住宅改修費  
 横浜市 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 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																				
保険者番号																				
フリガナ																				
被保険者氏名	〒										生年月日	明治・大正・昭和								
											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																				

\* 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	〒							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)							

委任状	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)。							
	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  円

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							

枚中  枚目

(A4)

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

サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要
	単位	回	単位	
	単位	回	単位	
	単位	回	単位	
	単位	回	単位	
	単位	回	単位	
	単位	回	単位	
	単位	回	単位	
	単位	回	単位	
	単位	回	単位	
	単位	回	単位	
	単位	回	単位	
	単位	回	単位	
	単位	回	単位	
	単位	回	単位	
	単位	回	単位	
	単位	回	単位	
	単位	回	単位	
	単位	回	単位	
	単位	回	単位	
	単位	回	単位	
	単位	回	単位	
	単位	回	単位	

請求額集計欄									
サービス種類									
サービス実日数				日				日	
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	
保険給付率				/100					
保険請求額				円				円	
自己負担額				円				円	

 枚中  枚目

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・居宅介護支援・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

事業所番号

事業所名称

サービスコード	単位数		日数・回数		サービス単位数		摘要
		単位	日	回		単位	
		単位		日回		単位	
		単位		日回		単位	
		単位		日回		単位	
		単位		日回		単位	
		単位		日回		単位	
		単位		日回		単位	
		単位		日回		単位	
		単位		日回		単位	
		単位		日回		単位	
		単位		日回		単位	
		単位		日回		単位	
		単位		日回		単位	
		単位		日回		単位	
		単位		日回		単位	
		単位		日回		単位	
		単位		日回		単位	
		単位		日回		単位	
		単位		日回		単位	
		単位		日回		単位	
		単位		日回		単位	
		単位		日回		単位	
		単位		日回		単位	
		単位		日回		単位	
		単位		日回		単位	
		単位		日回		単位	
		単位		日回		単位	
		単位		日回		単位	
		単位		日回		単位	
		単位		日回		単位	
		単位		日回		単位	

(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

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

(居宅介護支援利用の場合記入)

サービスコード

居宅サービス計画作成依頼届出年月日  年  月  日

単位数  単位

単位数単価  円/単位

請求金額  円

(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	円	円	円	円	円	円		
	特別食	日	円	円	円	円	円	円		
合計	日			円	円	円		円		

枚中  枚目

(4)

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		円		
4	1		円		

[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	
	円		/100		円		円

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		円		/100		円		円

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

(5)

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)

緊急時傷病名									
緊急時傷病名									
緊急時傷病名									
緊急時治療開始年月日			年		月		日		
緊急時治療開始年月日			年		月		日		
緊急時治療開始年月日			年		月		日		
	日数	医療機関名							
往診									
通院									
緊急時治療管理単位数								単位	
緊急時治療管理日数								日	
緊急時治療管理小計								単位	
特定治療	リハビリテーション							点	
	処置							点	
	手術							点	
	麻酔							点	
	放射線治療							点	
請求額集計欄	特定治療点数合計								円
	特定治療点数単価							1	0
	特定治療総費用額								円
	保険給付率								/100
	特定治療請求額								円
	特定治療自己負担額								円
	摘要								

(特定診療費)

傷病名									
指導管理料								単位	
リハビリテーション								単位	
精神科専門療法								単位	
画像診断								単位	
処置								単位	
手術								単位	
請求額集計欄	特定診療費単位数合計								単位
	特定診療費単位数単価							1	0
	特定診療費総費用額								円
	保険給付率								/100
	特定診療費請求額								円
	特定診療費自己負担額								円
摘要									

枚中  枚目

(6)

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			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					点	特定診療費					単位	
点数・単位数合計												単位	
点数・単位数単価						10	円/点						円/単 位
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