

生計困難者等に対する利用者負担額軽減費請求書（5%請求分）

請求金額							
------	--	--	--	--	--	--	--

ただし、訪問介護 訪問入浴 訪問看護 訪問リハビリ 通所介護 通所リハビリ 短期入所生活介護
 短期入所療養介護 介護予防短期入所生活介護 介護予防短期入所療養介護 介護予防訪問介護
 介護予防訪問入浴 介護予防訪問看護 介護予防訪問リハビリ 介護予防通所介護
 介護予防通所リハビリ 夜間対応型訪問介護 認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護
 介護予防認知症対応型通所介護 介護予防小規模多機能型居宅介護 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
 看護小規模多機能型居宅介護 地域密着型通所介護

総合事業訪問介護サービス（現行相当サービス）総合事業生活援助サービス（訪問型サービスA）
 総合事業通所介護サービス（現行相当サービス）総合事業運動器機能向上サービス（通所型サービスA）

請求内容

氏名	確認番号	給付単位数 単位数合計 A	単位数単価 B	区請求額 $C = A \times B \times 0.05$ (少数点以下全て切り捨て)	年月
合 計					

上記のとおり請求します。

年 月 日

世田谷区長 へ

請求者 住所

事業者名

相手方コード						
--------	--	--	--	--	--	--

代表者名

印

請求者の住所・事業者名・代表者名等は申出書に記載したとおりに記入してください。

請求書の記入方法 (5%請求分)

請求内容

さくら色の確認証記載の氏名

確認証の交付番号

居宅サービス介護給付費明細書の給付単位数欄の (給付単位数) を記入

氏名	確認番号	給付単位数 単位数合計 A	単位数単価 B	区請求額 $C = A \times B \times 0.05$ (少数点以下全て切捨て)	年月
世田谷 太郎	×	4165	11.40	2,374	元・5

居宅サービス介護給付費明細書の単位数単価欄の (単位数単価) を記入

区に請求できる額

1. 区請求額の計算式

$$\text{区請求額} = \text{公費分単位数} \times \text{11.40} \times \text{0.05} \quad (\text{計算上少数点以下は全て切り捨て})$$

切捨て
切捨て

上表の例の場合その請求額は

$$4165 \times 11.40 \times 0.05 = 2,374.05 = 2,374 \text{円 となります。}$$

2. 利用者への請求額

利用者実際に請求する額は、

$$\text{利用者請求額} = \text{総額} - (\text{保険請求額} + \text{区請求額})$$

$$4165 \times 11.40 = 47,481 \text{ (総額)}$$

$$47,481 \times 0.9 = 42,732.9 = 42,732 \text{ (保険請求分)}$$

$$\text{記入例の場合は } \text{利用者請求額} = 47,481 \text{円} - (42,732 \text{円} + 2,374 \text{円}) = 2,375 \text{円 となります。}$$

国保連への請求書に記載する利用者負担とは、異なりますのでご注意ください。

請求書の住所・事業所名等は、申出書に記載したとおりにご記入ください。(訂正不可)

相手方コード(口座登録番号)をご記入ください。

請求書に該当するサービス項目に をつけてください。

添付書類は、国保連へ提出する「介護給付費明細書」「介護予防・日常生活支援総合事業費請求明細書」等の明細書(下段にご利用者様のご署名・押印をお願いします)。
介護給付費明細書等の下段にご利用者様のご署名・ご捺印のない場合は、領収書も添付してください。

記入例

生計困難者等に対する利用者負担額軽減費請求書（5.0%請求分）

金額の前に¥マークを記入
請求金額の訂正は受付不可です

請求金額	¥	4	2	6	5
------	---	---	---	---	---

ただし、訪問介護 訪問入浴 訪問看護 訪問リハビリ 通所介護 通所リハビリ 短期入所生活介護
短期入所療養介護 介護予防訪問介護 介護予防生活介護 介護予防短期入所療養介護 介護予防訪問介護
介護予防訪問入浴 介護予防通所介護
介護予防通所リハビリ 介護予防通所介護
介護予防認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護
看護小規模多機能型居宅介護 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

利用するサービスを で囲って
ください（複数可）。

総合事業訪問介護サービス（現行相当サービス）総合事業生活援助サービス（訪問型サービスA）
総合事業通所介護サービス（訪問型サービスA）

「生計困難者等に対する利用者負担額軽減確認証」の確認番号を記入
してください（8月に番号が変わるので注意してください）。

請求内容

氏名	確認番号	単位数 合計 A	単位数単価 B	区請求額 $C = A \times B \times 0.05$ (少数点以下全て切り捨て)	年月
介護 太郎	×	1855	11.40	1,057	元・1
介護 太郎	×	4165	11.40	2,374	元・2
介護 花子	×	733	11.40	417	元・1
介護 花子	×	733	11.40	417	元・2
合 計				4,265	

1枚の請求書で複数人・複数月の請求も可能です。
必ず請求に応じた「介護給付費明細書等」を添付書類として忘れずに提出
してください。

上記のとおり請求します

原則として、区に提出をした申出書・口座振替依頼書と内容を一致させる必要が
あります。

令和元年 5月 16日

世田谷区長 あて

区に登録をした口座の相手方
コードを記入してください

請求者 住所 世田谷区上町1-1-1
上町ビル3階

事業者名 (株) 世田谷

相手方コード	×	×	×			
--------	---	---	---	--	--	--

代表者名 世田谷 太郎



請求者の住所・事業者名・代表者名等は申出書に記載したとおりに記入してください。