

平成28年10月に富谷町は富谷市になります。

それに伴い、介護給付費の請求に使う情報が次のように変わります。

保険者(市町村)番号が変わります

➡ 042168

◎介護保険被保険者証で必ず確認してください。

被保険者番号について

◎お一人おひとりの介護保険の被保険者番号は、富谷町の時と基本的には変わりませんが、必ず被保険者証を確認してください。

事業所番号について

保険医療機関、保険薬局、
訪問看護ステーション、
複合型サービス事業所

➡ 事業所番号が変わります。
交付された新しい事業所番号で請求を行ってください。

上記以外の事業所

➡ 事業所番号は変わりません。
これまで使用していた事業所番号で請求を行ってください。

◎医療機関、訪問看護ステーション、複合型サービス事業所以外の事業所の事業所番号は基本的には変わりませんが、サービスによっては変わる事業所も存在します。
必ず請求の前に事業所番号を確認してください。

公費負担者番号が変わります。

◎市制移行に伴い、宮城県保健福祉事務所の管轄から外れ、富谷市福祉事務所の管轄となり公費負担者番号、公費受給者番号が変更となります。

生活保護: 宮城県保健福祉事務所

➡ 生活保護: 富谷市福祉事務所

12040028

➡ 12043212

◎お一人おひとりの受給者番号は、受給者証で必ずご本人に確認してください。

平成28年10月サービス提供分以降の請求について

1 介護保険単独の請求

① 請求の際の保険者番号等

◎平成28年11月から国保連合会に請求明細書等を提出する際は、請求するサービス提供月により、下記の①、②のとおり保険者番号等となりますのでご注意ください。

【請求する際の保険者番号等 表1】

項 目	①平成28年10月サービス提供分までの請求をする場合	②平成28年11月サービス提供分からの請求をする場合
保険者番号	旧保険者番号	新保険者番号
被保険者番号	変更なし	変更なし
事業所番号(※)	変更なし	変更なし

※保険医療機関等、事業所番号が変更となる事業所もあります。

◎平成28年10月サービス提供分の請求については、全てこれまで使用していた情報を使って請求してください。

② 10月サービス提供分請求記載例

富谷『町』の被保険者番号を入力

公費受給者番号		
被保険者	被保険者番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
	(フリガナ) 氏名	カイゴ タロウ 介護 太郎
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 X X年 Y Y月 Z Z日 性別 1.男 2.女
	要介護状態区分	要介護 1・2 3・4・5
	認定有効期間	平成 2 8 年 4 月 1 日 から 平成 2 9 年 3 月 3 1 日 まで

富谷『町』の保険者番号を入力

平成	2	8	1	0	月分						
保険者番号	0	4	4	2	3	0					
請求事業者	事業所番号	0	4	7	2	7	X	X	X	X	X
	事業所名称	介護サービス事業所									
	所在地	富谷市〇〇町〇〇									
	連絡先	電話番号〇XX-〇YY-〇ZZZ									

1 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成

居宅サービス計画	事業所番号	0	4	7	2	7	Y	Y	Y	Y	Y	事業所名称	居宅介護支援センター
----------	-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------	------------

確認をした居宅介護支援事業所の事業所番号を入力

2 公費併用時の請求【生活保護の場合】

◎平成28年11月から国保連合会に生活保護併用の請求明細書等を提出する際は、請求するサービス内容と提供月により、下記のと通りの保険者番号等となりますのでご注意ください。

① 介護給付費請求明細書を請求する場合

【介護給付費請求明細書を請求する場合 表2】

項目	②平成28年10月サービス提供分の請求	③平成28年11月サービス提供分からの請求
保険者番号	旧番号	新番号
被保険者番号	変更なし	変更なし
公費負担者番号・ 公費受給者番号	10月1日～9日分の請求 旧番号	新番号
	10月10日～31日分の請求 新番号	
事業所番号	変更なし	変更なし

◎平成28年10月サービス分の生活保護は、請求する保健福祉事務所が1日～9日までは宮城県仙台保健福祉事務所、10日以降は富谷市福祉事務所となるため、公費対象分の請求を分ける必要があります。

(請求明細書の作成方法)

○伝送・インターネット・FD等の場合

・旧公費負担者(1日～9日)と新公費負担者(10日)以降の両方に請求がある場合
第1公費欄に旧公費負担者番号と旧公費受給者番号、第2公費欄に新公費負担者番号と新公費受給者番号、対象となる日数、単位数等必要事項を入力

・旧公費負担者(1～9日)と新公費負担者(10日以降)のどちらかだけに請求がある場合
第1公費欄に請求する方の公費負担者番号と公費受給者番号等必要事項を入力

○帳票の場合

・旧公費負担者(1日～9日)と新公費負担者(10日)以降の両方に請求がある場合
帳票による請求の場合、2枚1組による請求になる(5ページ以降参照)

1枚目の公費負担者、受給者番号欄には旧公費負担者、旧公費受給者番号を記入
2枚目の公費負担者、受給者番号欄には新公費負担者、新公費受給者番号を記入
対象となる日数、単位数等必要事項を記入する。

・旧公費負担者(1～9日)と新公費負担者(10日以降)のどちらかだけに請求がある場合
1枚目の公費負担者、受給者番号欄に請求する方の公費負担者、公費受給者番号等必要事項を記入

② 給付管理票を提出する場合

◎給付管理票には、公費負担者番号、公費受給者番号を記入する欄はないので、全て旧保険者番号で計画単位数を1枚にまとめて提出

③ 居宅介護支援費を請求する場合

◎介護保険と公費併用の場合は、公費負担者番号、公費受給者番号の記入は不要なので、10月サービス分は全て旧保険者番号で請求する。

3 生活保護単独の請求

◎平成28年11月から国保連合会に生活保護単独の請求明細書等を提出する際は、「2 公費併用時の請求【生活保護の場合】」と同様の対応になります。

4 10月10日以降に転入等により新たに資格を取得した方の請求について

◎10月10日以降に介護認定を初めて受けた方の10月サービス提供分の請求明細書や給付管理票に記載する保険者番号は、『富谷町』の保険者番号である『044230』と記載してください。

◎11月サービス分以降は『富谷市』の保険者番号を記載してください。

5 その他

◎事業所番号変更となる事業所もあるため事業所番号の確認をお願いします。

- ・居宅介護支援事業所においては、給付管理票に記載するサービス事業所の事業所番号を必ず確認してください。
- ・居宅サービスの事業所においては、居宅サービス計画欄に記載する居宅介護支援事業所の番号を必ず確認してください。

6 請求明細書記載

◎公費併用時、旧公費負担者(1日～9日)と新公費負担者(10日)以降の両方に請求がある場合

1枚目 10月1日～9日分の請求

宮城県仙台保健福祉事務所の公費負担者番号の公費受給者番号を入力

地域密着型サービス介護給付費明細書
 管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・
 多機能型居宅介護(短期利用以外)・小規模多機能型居宅介護(短期利用)・
 複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用)・地域密着型通所介護)

公費負担者番号	1 2 0 4 0 0 2 8	平成	2	8	年	1	0	月	分
公費受給者番号	1 1 1 1 1 1 1	保険者番号	0	4	4	2	3	0	
被保険者 番号 (フリガナ) 氏名 生年月日 要介護 状態区分 認定有効 期間	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	事業所 番号 事業所 名称 所在地 連絡先	0 4 7 2 7 X X X X X	請求事 業者	介護サービス事業所				
	カイゴ タロウ 介護 太郎		〒 X X X - Y Y Y Y						
	1.明治 2.大正 3.昭和 X X 年 Y Y 月 Z Z 日 性別 1.男 2.女		宮城県富谷市〇〇町〇〇						
	要介護 1 2 3 4 5		電話番号 0 XX - 0 YY - 0 ZZZ						
平成 2 8 年 4 月 1 日 から 平成 2 9 年 3 月 3 1 日 まで									

居宅 サービス 計画 事業所 番号	1 居宅介護支援事業所作成 2 被保険者自己作成	居宅介護支援センター
開始 年月日	平成	年 月 日
中止 理由	1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護施設移入 7.介護老人保健施設移入 8.介護療養型医療施設入院	

10月サービス提供分の回数、単位数
を入力

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
身体I・III	1 1 2 9 0 0 7	2 7 0	4	1 0 8 0	2	5 4 0	
生活III	1 1 8 0 6 1	2 4 8	9	2 2 3	7	1 7 3 6	

1日～9日まで提供分の回数、単位数
を入力

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

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

1日～9日まで提供分の公費分単位数
と請求額を入力

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
						2枚中1枚目と必ず入力

2 枚中 1 枚目

2枚目 10月10日～31日分の請求

**富谷市福祉事務所の公費負担者番号
の公費受給者番号を入力**

地域密着型サービス介護給付費明細書
 介護管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・
 規模多機能型居宅介護（短期利用以外）・小規模多機能型居宅介護（短期利用）・
 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外）・複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護・短期利用）・地域密着型通所介護

公費負担者番号	1 2 0 4 3 2 1 2	平成	2	8	年	1	0	月分
公費受給者番号	9 9 9 9 9 9 9	保険者番号	0	4	4	2	3	0

被保険者	被保険者番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9									
	(フリガナ)	カイゴ 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				
	要介護状態区分	要介護 1・2 3・4・5									
認定有効期間	平成	2	8	年	4	月	1	日	から		
	平成	2	9	年	3	月	3	日	まで		

請求事業者	事業所番号	0 4 7 2 7 X X X X X									
	事業所名称	介護サービス事業所									
	所在地	〒 X X X - Y Y Y Y 宮城県富谷市〇〇町〇〇									
	連絡先	電話番号 0XX-0YY-0ZZZ									

居室サービス計画	1. 居室介護支援事業者作成	2. 被保険者自己作成						
事業所番号	宅介護支援センター							
開始年月日	平成			年			日	
中止理由	1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院							

2枚目の給付費明細欄の回数、サービス単位数は省略

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
身体I・III	1 1 2 9 0 7	2 7 0			2	5 4 0	
生活III	1 1 8 0 6 1	2 4 8			2	4 9 6	

10日～31日まで提供分の回数、単位数を入力

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										
	③サービス実日数	日		日		日					
	④計画単位数										
	⑤限度額管理対象単位数										
	⑥限度額管理対象外単位数										
	⑦給付単位数（④⑤のうち少ない数）＋⑥										
	⑧公費分単位数	1 0 3 6									
	⑨単位数単価	円／単位									
	⑩保険請求額										
	⑪利用者負担額										
	⑫公費請求額	1 0 3 6									
	⑬公費分本人負担										

公費分の給付率『100』を入力

**10日～31日まで提供分の公費分
単位数と請求額を入力
請求額は右側合計も入力
他の欄は省略**

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
	2枚中2枚目と必ず入力					