

[計画費に係るサービス提供状況確認票](#)

[施設入所者に対する居宅サービス提供実績確認票](#)

[初回加算に関する確認票](#)

[退所（院）時に対する加算等確認票](#)

[短期入所サービス提供実績確認票](#)

[入所（院）中に対する加算等確認票](#)

[介護老人保健施設 短期集中リハビリテーション実施加算及び認知症短期集中リハビリテーション実施加算確認票](#)

[認定調査状況と利用サービス不一致に関する確認票](#)

計画費に係るサービス提供状況確認票

VIII-

別紙

東京都国民健康保険団体連合会
介護給付費等審査委員会 行 (FAX. xx-xxxx-xxxx)

X X 年 X X 月縦覧審査分

計画費に係るサービス提供状況確認票

貴事業所番号 : 貴事業所名称 :

担当者名 : 電話番号 :

担当者名・電話番号を必ず記載して下さい。

◎表記利用者は、貴事業所より計画費の請求があり、既に支払いが済んでおります。
しかし、給付管理票に記載されているサービス事業所の請求が確定しておりません。
サービス提供状況について確認し、提供の有無欄に○を付け ■■年■■月■■日 までにFAXにて返信

◆ 提供無の場合・・・ X X 年 X X 月審査（X X 月支払分）で本会にて計画費の過誤処理を行います。
給付管理票の取消が必要となりますので、過誤処理月の翌月の受付日（10日）までに提出して下さい。

※過誤手続きは本会にて行いますので、保険者への過誤申立を行う必要はありません。単位数の変更が必要な場合は、給付管理票を修正して提出してください。

- ※1 総合事業の情報は抽出対象外となります。
- ※2 退院・退所にあたり回復の見込みがないと診断された利用者に該当する（老企第36号第...
給付管理票に記載の事業所に誤りがあった等、サービス提供に...
理由がある場合には備考欄にその理由をご記入ください。

※2備考にはここに記載の理由に該当する場合のみ記入

サービス計画費情報			給付管理票情報				必要事項記載欄	
サービス提供月	保険者番号	被保険者番号	サービス事業所番号	サービス事業所名	サービス種類	給付計画単位数	※1 提供の有無	※2 備考
							有 ・ 無	

左記のサービスの提供について有または無を○で囲う

施設入所者に対する居宅サービス提供実績確認票

I -

F A X 送付

東京都国民健康保険団体連合会
介護給付費等審査委員会 行

送付先 F A X
番号

XX 年 XX 月 縦覧審査分

(FAX. 03-6238-xxxx)

施設入所者に対する居宅サービス提供実績確認票

◇貴事業所番号:

◇貴事業所名称:

◇担当者名: ()

◇電話番号: ()

担当者名・電話番号を必ず記載して下さい。

◎表記利用者について、居宅サービス提供があった日に○印を付す。
また、施設サービスについては貴事業所で把握している範囲で
確認終了後、
■■年■■月■■日までに F A X

回答(FAX送付) 期日

◎誤りがあった事業所の過誤手続きは本会にて行いますので、保険者への過誤申立を行う必要はありません。

サービス月分:

保険者番号:

サービス種類名		11 訪問介護				
事業所番号						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	実日数			
			日			

サービス種類名		52 介護老人保健施設サービス				
事業所番号						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	実日数			
			日			

確認票記載要領

被保険者番号:

サービス種類名		17 福祉用具貸与				
事業所番号						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	実日数			
			日			

サービス種類名						
事業所番号						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	実日数			
			日			

サービス種類名があるカレンダーのみ、該当サービス提供日を○で囲う

このようにサービス種類名がないカレンダーは空白のまま（何も記載しない）

初回加算に関する確認票

VI-

送付先 F A X
番号

送付

(別紙)

東京都国民健康保険団体連合会
介護給付費等審査委員会 行 (FAX: xx-xxxx-xxxx)

XX 年 X X 月 縦覧審査分

初回加算に関する確認票

貴事業所番号: 貴事業所名称:

担 当 者 名: 電 話 番 号:

担当者名・電話番号を
必ず記載して下さい。

◎表記利用者について、初回加算を複数月に算定又は算定月の過去2月間（暦月）にサービスを提供されています。つきましては、内容をご確認のうえ、**利用開始（初回）年月日**及び**過誤の有無**をご記入ください。なお、過誤※誤りがあった事業所の過誤手続きは本会にて行います。申立依頼を行う必要はありません。

回答(FAX送付)
期日

◆回答締切日: ■■年■■月■■日

理由
(過誤しない場合)

利用者（被保険者証番号）単位で全てが「過誤しない」場合、理由を記載例）保険者に過誤申立依頼済 等

電話 03-6238-0207

サービス 提供年月	事業所番号	事業所名	保険者番号	被保険者証番号	要介護度	サービス コード	サービス名称	必要事項記載欄		
								利用開始 (初回)年月日	過誤	理由 (過誤しない場合)
yyyy01				0000001	25	43	居宅介護支援		する・しない	
yyyy02				0000001	25	43-4001	居宅支援初回加算		する・しない	

利用開始
(初回)年月日

できましたら、西暦で記載
願います。

過誤

過誤する・しないのどちら
かを○で囲う

退所（院）時に対する加算等確認票

IV-

送付先 F A X 番号

（別紙）

東京都国民健康保険団体連合会
介護給付費等審査委員会 行（FAX. xx-xxxx-xxxx）

XX年X X月縦覧審査付

退所（院）時に対する加算等確認票

貴事業所番号：貴事業所名称：

担当者名：電話番号：

担当者名・電話番号を必ず記載して下さい。

◎表記利用者について、確認対象となるサービスに過誤の有無、理由（確認結果）を、必要事項記載欄に記載して下さい。
回答(FAX送付)期日
■■■年■■■月■■■日
◎過誤手続きは本会にて行いますので、保険者への過誤申立を行う必要はありません。

理由（確認結果）

過誤する・しないによらず、確認結果を記載。
例）〇〇加算と重複 等

確認対象情報										必要事項記載欄	
縦覧整理番号	保険者番号	被保険者番号	サービス提供年月	サービス名	日数/回数	入所(院)年月日	退所(院)年月日	事業所番号	備考	過誤	理由（確認結果）
03	139999	0000599999	XX. 04	看護小規模退院時共同指導加算	2			1399999908	介護入所・医療入院実績なし	する・しない	
02	139999	0000699999	XX. 07	看護小規模退院時共同指導加算	1			1399999905		する・しない	
			XX. 07	介護保健施設		XX. 07. 20					
01-T	139999	0000799999	XX. 04	訪問看護初回加算	1			1399999906		する・しない	
			XX. 04	訪問看護退院時共同指導加算	1			1399999906		する・しない	

加算の算定可否が不明な場合、次ページの報酬算定上の制限等を確認

過誤

過誤する・しないのどちらかを○で囲う

報酬算定上の制限等_退所（院）時に対する加算等確認票

縦覧整理番号	主な対象サービス	報酬算定上の制限	出力事由	確認の観点
01-S	かかりつけ医連携調整加算	入所者の退所時に1回を限度として算定する。	退所（居）につき算定可能な加算の合計が制限回数を超過しています。	退所（居）につき算定可能な加算の合計が制限回数を超過していませんか。
	訪問看護指示加算			
	退院時共同指導加算	病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院を当該退院又は退所につき1回（特別な管理を必要とする利用者については2回）に限り、所定単位数を加算する。		
	退所（居）時情報提供加算	利用者が退所（居）し、医療機関に入院する場合において、利用者1人につき1回に限り算定する。		
01-T	退院時共同指導加算	初回加算を算定する場合は退院時共同指導加算は算定しない。	初回加算と退院時共同指導加算を同時に算定しています。	初回加算と退院時共同指導加算を同時に算定していませんか。

報酬算定上の制限等_退所（院）時に対する加算等確認票

縦覧整理番号	主な対象サービス	報酬算定上の制限	出力事由	確認の観点
02	退院時共同指導加算	病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院を当該退院又は退所につき1回（特別な管理を必要とする利用者については2回）に限り、所定単位数を加算する。	介護老人保健施設又は介護医療院を退所した実績がありません。	病院又は診療所、介護老人保健施設又は介護医療院を退院（所）していますか。
03			介護老人保健施設又は介護医療院を入所した実績がありません。	
04			介護老人保健施設又は介護医療院を退所後、既に訪問看護、予防訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は看護小規模多機能型居宅介護を算定しています。	介護老人保健施設又は介護医療院を退所後、既に訪問看護、予防訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は看護小規模多機能型居宅介護を算定していませんか。
05			退所（院）につき算定可能な加算の合計が制限回数を超えています。（1事業所での回数超過）	退所（院）につき1事業所で算定可能な加算の合計が制限回数を超えていませんか。
06			退所（院）につき算定可能な加算の合計が制限回数を超えています。（複数事業所での回数超過）	退所（院）につき複数事業所で算定可能な加算の合計が制限回数を超えていませんか。
07		病院又は診療所に入院中の者が退院するに当たり、当該退院につき1回に限り、所定単位数を加算する。	退所（院）につき算定可能な加算の合計が制限回数を超えています。（1事業所での回数超過）	入退所（院）を繰り返している場合ですか。または通所及び訪問リハビリテーションが一体的に運営されている事業所ですか。
08			退所（院）につき算定可能な加算の合計が制限回数を超えています。（複数事業所での回数超過）	入退所（院）を繰り返している場合ですか。

短期入所サービス提供実績確認票

Ⅲ- F A X 送付

東京都国民健康保険団体連合
介護給付費等審査委員会
(FAX. xx-xxxx-xxxx)

送付先 F A X 番号

XX年XX月縦覧審査分

短期入所サービス提供実績確認票

◇貴事業所番号：
◇貴事業所名称：
◇担当者名：（ ）
◇電話番号：（ ）

担当者名・電話番号を必ず記載して下さい。

◎表記利用者について、サービス事業所の介護給付費明細書から判断して保険請求限度日数を超えている又は長期利用者に対する減算の可能性があります。つきましては、記載例をご参照の上、事項（保険適用日欄・保険適用外日等欄）に記載していただき、■■年■■月■■日まで FAX にて返信願います。

回答(FAX送付)期日

◎誤りがあった事業所の過誤申立依頼手続きは本会にて行いますので、保険者への過誤申立依頼を行う必要はありません。

保険者番号： 被保険者番号：

サービス提供年月	事業所番号	サービス種類名	保険適用日	保険適用外日等
記載例1 4月	1375555555	短期入所生活介護	1日～8日 10日～30日	9日 自宅
記載例2 5月	1375555555	短期入所生活介護	1日～9日 11日～31日	10日 自費扱い 11日～31日（減算）
XX年 1月		短期入所生活介護		
確認票記載要領				

記載例のように、保険適用日と保険適用外日を分けて記載。

入所（院）中に対する加算等確認票

V-

送付先 F A X 番号

送付

(別紙)

東京都国民健康保険団体連合会
介護給付費等審査委員会 行 (FAX. xx-xxxx-xxxx)

XX年XX月縦覧審査分

入所（院）中に対する加算等確認票

貴事業所番号 : 貴事業所名称 :

担当者名 : 電話番号 :

担当者名・電話番号を必ず記載して下さい。

◎表記利用者について、確認対象
■■年■■月■■日

回答(FAX送付)期日

過誤の有無、理由（確認結果）を必要事項記載欄に返信願います。

◎過誤手続きは本会にて行いますので、保険者への過誤申立を行う必要はありません。

理由（確認結果）

過誤する・しないによらず、確認結果を記載。
例) ○○加算と重複 等

介護福祉部 介護課 給付適正化係
電話 03-6225-1111

縦覧整理番号	確認対象情報									必要事項記載欄		
	保険者番号	被保険者番号	サービス提供年月	サービス名	日数/回数	入所(院)年月日	退所(院)年月日	事業所番号	備考	過誤	理由（確認結果）	
	03	139999	0000199999	XX.06	居宅支援退院退所加算Ⅰ1	1			1399999901	介護入所・医療入院実績なし	する・しない	
	01-S	139999	0000499999	XX.08	保健施設入所前後訪問指導加算Ⅰ1	1	H30.08.30		1399999902		する・しない	
				XX.09	保健施設入所前後訪問指導加算Ⅰ1	1	H30.08.30		1399999902		する・しない	
	02	139999	0000399999	XX.09	居宅支援退院退所加算Ⅰ1	1			1399999903		する・しない	
				XX.09	介護保健施設		H30.09.2					
	01-T	139999	0000299999	XX.08	居宅支援初回加算	1			1399999904		する・しない	
					居宅支援退院退所加算Ⅱ2	1					する・しない	
		加算の算定可否が不明な場合										

空欄は参考のため回答不要

加算の算定可否が不明な場合、次ページの報酬算定上の制限等を確認

過誤

過誤する・しないのどちらかを○で囲う

報酬算定上の制限等_入所（院）中に対する加算等確認票

縦覧整理番号	主な対象サービス	報酬算定上の制限	出力事由	確認の観点
01-S	退所前訪問相談援助加算 入所前後訪問指導加算 総合医学管理加算 安全対策体制加算 新興感染症等施設療養費	介護保険施設入所（院）中1回 ただし次の場合はその限りではない。 ・退所前訪問相談援助加算は入所後早期に退所前訪問相談援助の必要があると認められる入所者にあつては2回 ・総合医学管理加算は10日を限度 ・安全対策体制加算は入所初日に限り算定可 ・新興感染症等施設療養費は1月に1回、連続する5日を限度	入所中に算定可能な加算の合計が制限回数を超えています。	入所中に算定可能な加算等の合計が制限回数を超えていませんか。
01-T	居宅支援退院退所加算	病院若しくは診療所への入院又は地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護保険施設に入所をしていた者が退院又は退所し、その居宅において当該利用者の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用開始月に所定単位数を加算する。 ただし、初回加算、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護又は介護福祉施設サービスの在宅・入所相互利用加算を算定する場合は算定しない。	初回加算と退院退所加算を同時に算定しています。	初回加算と退院退所加算を同時に算定していませんか。
02			介護保険施設を退所した実績がありません。	病院又は診療所、介護保険施設を退院（所）していますか。
03			介護保険施設を入所した実績がありません。	
04			施設入所時に在宅・入所相互利用加算を算定しています。	施設入所時に在宅・入所相互利用加算を算定していませんか。
05			介護保険施設退所後に既に居宅サービス計画費を算定しています。	介護保険施設退所後に既に居宅サービス計画費を算定していませんか。

II -

F A X 送 付

(別紙)

東京都国民健康保険団体連合会
介護給付費等審査委員会 行
(FAX. xx-xxxx-xxxx)

送付先 F A X
番 号

XX年XX月縦覧審査分

介護老人保健施設 短期集中リハビリテーション実施加算及び認知症短期集中リハビリテーション実施加算確認票

◇貴事業所番号：
◇貴事業所名称：
◇担当者名：（ ）
◇電話番号：（ ）

担当者名・電話番号を必ず記載して下さい。

◎表記利用者に関し、短期集中リハビリテーション実施加算の算定にあたり、入所日及び退所日の記載が不明な場合は、
認知症短期集中リハビリテーション実施加算に関しては、過去3月以内に同加算を算定した場合は、
つきましては、過誤の有無及び過誤をしない場合は、その理由等を下記に記載して下さい。
また、確認票の本会への回答につきましては、
■■■年■■■月■■■日（■）までに回答をお願いします。
過誤処理については、本会において右上部記載の縦覧審査年月翌月に行いますのでご承知おください。

回答(FAX送付)
期 日

備考（過誤をしない理由等）
「過誤しない」場合、理由を記載
例）保険者に過誤申立依頼済 等

サービス提供月	保険者番号	被保険者番号	サービス名	入所年月日	退所年月日	事業所番号	過誤	備考（過誤をしない理由等）
XX年08月			介護保健施設	XX. 5. 29	XX. 8. 30			
XX年12月			保健施設短期集中リハ加算 I	XX. 11. 29			する・しない	
XX年01月			保健施設短期集中リハ加算 I	XX. 11. 29			する・しない	

過誤
過誤する・しないのどちらかを○で囲う

認定調査状況と利用サービス不一致に関する確認票

XX
東京都国民健康保険団体連合会
介護給付費等審査委員会 行 (FAX: xx-xxxx-xxxx)

送付先 F A X
番号

送 付

令和 7年 6月確認分

認定調査状況と利用サービス不一致に関する確認票

貴事業所番号

貴事業所名称

担当者名

電話番号

回答(FAX送付)
期日

※ 担当者名、電話番号を必ず記載してください。

◎本確認票は、介護保険における認定調査の状況と利用したサービスの給付内容が一致していないと思われる利用者を掲載しております。
別添の説明事項等を参照いただき、利用者の請求内容（介護給付情報）等をご確認願います。
内容確認後、別添の記入例を参考に「確認結果」欄にご記入いただき、XX年XX月XX日までにFAXにてご返信ください。

<問い合わせ先>
東京都国民健康保険団体連合会
介護福祉部介護保険課 介護給付適正化係
電話 03-6238-0207

【 サービス提供年月 令和 7年 3月サービス提供分 】

保険者 番号	被保険者 番号	要介 護度	介護給付情報				チェッ ク区 分	認定情報						確認結果		
			サービ ス事業 所		サービ スコ ード 又は 識別 番号	サービ ス名 称		認定有 効期 間 開始	認定有 効期 間 終了	第 1 群 ~ 第 4 群	特定疾 病 コー ド	障害 高齢 者自 立度	意見書 「認知 症高 齢者 の日 常生 活自 立度 」	回答 (過誤)	理由 (番号※)	
			事業所 番号	事業所 名												
139999		介 1	1379999999		17-1005	床ずれ防止用具貸与	*11	XX. 10. 15	XX. 4. 30	寝返り:1					する・しない	
						確認に必要な情報のみ記載しているため追記不要										

確認に必要な情報のみ記載しているため追記不要
(以降のページに認定情報に表示される内容を掲載しています)

回答
(過誤)
過誤する・しないの
どちらかを○で囲う

理由
(番号※)
次ページにある理
由番号を記載

理由番号_認定調査状況と利用サービス不一致に関する確認票

標記確認票の回答が「過誤しない」の場合、以下の理由番号を記入ください。（複数回答可）

（理由番号）

- ① 認定調査時から心身の状態が変化した（認定調査時の情報に異動がある）
- ② 保険者に理由書を提出済み【サービス名称が福祉用具の場合に想定される回答です】
- ③ 歩行や移乗、移動等が困難な事情がある
- ④ アセスメントを通じて居宅サービス計画等に位置付けられている
- ⑤ 口腔機能向上加算について、介護保険最新情報Vol. 6 9 QA14に基づき判断し算定している
- ⑥ 家族等の事情により必要となった
- ⑦ 主治医等の指示により必要となった
- ⑧ 区分*03に対する特定疾病コード11：パーキンソン病関連疾患でホーエン・ヤールの重症度分類がステージ 2 以下であって生活機能障害度が I 度であり、介護保険対象となる 【サービス名称が訪問看護の場合に想定される回答です】
- ⑨ その他（余白に理由を記載ください。）

「認定情報」掲載内容_認定調査状況と利用サービス不一致に関する確認票

[illegible]

拡大図

認定情報					
認定有効期間 開始	認定有効期間 終了	第 1 群 ～ 第 4 群	特定疾病 コード	障害 高齢者 自立度	意見書 「認知症高齢者の 日常生活自立度」
XX. 10. 15	XX. 4. 30	※1	※2		

※1：「第1群～第4群」に表示される内容

認定情報	
第1群（身体機能・起居動作）	第2群（生活機能）
寝返り	1：自立、2：見守り等、3：一部介助、4：全介助
起き上がり	1：自立、2：見守り等、3：一部介助、4：全介助
歩行	1：できる、2：見守り等、3：できない
立ち上がり	1：自立、2：見守り等、3：一部介助、4：全介助
聴力	1：自立、2：見守り等、3：一部介助、4：全介助
	1：自立、2：一部介助、3：全介助
	第3群（認知機能）
	1：できる、1：ない
	意思の伝達
	1：できる
	第4群（精神・行動障害）
	1：ない

※2：「特定疾病コード」に表示される内容

特定疾病コード

- 01：筋萎縮性側索硬化症
- 04：多系統萎縮症
- 06：脊髄小脳変性症
- 11：パーキンソン病関連疾患
- 16：がん（末期）