

各都道府県介護保険担当課（室）  
各市町村介護保険担当課（室）  
各介護保険関係団体 御中

← 厚生労働省 老健局 総務課 認知症施策推進室・  
介護保険計画課・高齢者支援課・振興課・老人保健課

## 介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容

「元号の表記の整理のための厚生労働省関係省令の一部を改正する省令」及び「元号の表記の整理のための厚生労働省関係告示の一部を改正する告示」の公布について

計 35 枚（本紙を除く）

Vol.726

令和元年5月7日

厚 生 労 働 省 老 健 局

総務課認知症施策推進室・介護保険計画課・  
高齢者支援課・振興課・老人保健課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう  
よろしくお願いいたします。 】

連絡先 TEL : 03-5253-1111 (内線 3975、2164、3971、3979、3948)  
FAX : 03-3503-2740

老発 0507 第 1 号  
令和元年 5 月 7 日

各 

都道府県知事
指定都市市長
中核市市長

 殿

厚生労働省老健局長  
( 公 印 省 略 )

「元号の表記の整理のための厚生労働省関係省令の一部を改正する省令」  
及び「元号の表記の整理のための厚生労働省関係告示の一部を改正する  
告示」の公布について

介護保険制度の運営につきましては、平素より種々ご尽力をいただき、厚く御礼申し上げます。

元号の表記の整理のための厚生労働省関係省令の一部を改正する省令（令和元年厚生労働省令第 1 号。以下「改正省令」という。）及び元号の表記の整理のための厚生労働省関係告示の一部を改正する告示（令和元年厚生労働省告示第 2 号。以下「改正告示」という。）については、本日公布され、同日施行されました。

このうち、当局所管の省令等の改正の概要等は下記の通りですので、貴職におかれましては、これを御了知いただくとともに、市町村（特別区を含む。）を始め、関係者、関係団体等に対し周知をお願いいたします。

## 記

### 第一 当局所管の省令及び告示の改正の概要

改元に伴い、次に掲げる厚生省令、厚生労働省令及び厚生労働省告示により定められた様式中の「平成」の語句を「令和」に改める等必要な改正を行ったものであること。

- (1) 介護保険法施行規則（改正省令第 7 条第 24 号関係）
- (2) 健康保険法等の一部を改正する法律附則第百三十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた介護保険法施行規則（改正省令第 7 条第 25 号関係）
- (3) 老人福祉法施行規則（改正省令第 8 条第 10 号関係）

- (4) 福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律施行規則（改正省令第 67 条関係）
- (5) 介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等に関する費用等の請求に関する省令（改正省令第 74 条関係）
- (6) 健康保険法等の一部を改正する法律附則第百三十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する省令（改正省令第 75 条関係）
- (7) 介護保険法施行規則第百四十条の六十二の四第二号の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準（改正告示第 1 条第 5 号関係）

## 第二 改正省令及び改正告示の附則の概要

- 1 改正省令又は改正告示による改正前のそれぞれの省令又は告示で定める様式（以下「旧様式」という。）により使用されている書類は、改正省令又は改正告示による改正後のそれぞれの省令又は告示で定める様式によるものとみなすこととしたこと。（附則第 2 条第 1 項関係）
- 2 旧様式による用紙については、合理的に必要と認められる範囲内で、当分の間、これを取り繕って使用することができることとしたこと。（附則第 2 条第 2 項関係）

## 第三 当局関係通知により定められた様式の取扱い

今回の省令及び告示改正に合わせ、当職始め当局から発せられた通知等により定められた様式についても改正省令及び改正告示による様式の改正等に準じて様式の変更等が行われたものとみなして取り扱うものとする。

なお、様式変更の主な方法は次の通りであること。

### (1) 交付、申請、許可等の年月日の記載欄

例：「平成 年 月 日」→「令和 年 月 日」

### (2) 生年月日、初診日等過去の日時を特定するもの

例：「平成 年 月 日」→「令和 年 月 日」

「平 . . . 」→「令 . . . 」

「/明治/大正/昭和/平成/」→「/明治/大正/昭和/平成/令和/」

「/明/大/昭/平/」→「/明/大/昭/平/令/」

以上

○厚生労働省令第一号

健康保険法(大正十一年法律第七十号)及び関係法令の規定に基づき、並びに関係法令を実施するため、元号の表記の整理のための厚生労働省関係省令の一部を改正する省令を次のように定める。

令和元年五月七日

厚生労働大臣 根本 匠

(元号の表記の整理のための厚生労働省関係省令の一部を改正する省令  
(健康保険法施行規則の一部改正))

第一条 健康保険法施行規則(大正十五年内務省令第三十六号)の一部を次のように改正する。

様式第一号(表面)及び様式第二号(表面)中「廿四」を「廿五」に改める。



様式第五号（第十二条関係）

救命救急士国家試験受験願書

収入印紙 (消印しないこと。)							
ふりがな 氏 名					性別	男	受験番号
						女	
生年月日	治正和成 大昭和合	年 月 日	本 籍 (国籍)	(都道府県)	受験希望地		
	都道府県				市郡区		
現住所		(郵便番号 — ) 電話番号 ( )					
養成施設名							
最終学歴							
受 験 資 格  (該当項目に ○印をつける こと。)	資格該当項目			添付書類			
	法第34条	第1号該当		・修業証明書又は卒業証明書			
		第2号該当		・卒業証明書 ・指定科目履修証明書			
		第3号該当		・修業証明書又は卒業証明書 ・第14条で定める講習の課程を修了し、第15条で定める期間以上救急業務に従事した者である旨を証する書類			
		第4号該当		・厚生労働大臣による受験資格の認定を証する書類			
		第5号該当		・厚生労働大臣による受験資格の認定を証する書類			
法附則第2条該当			・厚生労働大臣による受験資格の認定を証する書類				
連絡先		電話番号 ( ) (内線)					

上記により、救命救急士国家試験を受験したいので申し込みます。

令和 年 月 日  
厚生労働大臣 殿  
指定試験機関代表者

氏 名 印

- 備考
- ※印欄には、記入しないこと。
  - 該当する不動文字を○で囲むこと。
  - 黒ボールペンを用い、かい書ではっきりと記入すること。
  - 指定試験機関に申請する場合には、所定の手続により受験手数料を納付し、収入印紙ははらないこと。
  - 修業証明書又は卒業証明書・指定科目履修証明書・第14条で定める講習の課程を修了し、第15条で定める期間以上救急業務に従事した者である旨を証する書類は、それぞれ学校、養成所、勤務先（所属長等）の発行に係るものであること。
  - 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。
  - 用紙の大きさは、A4とすること。

第六十七条 福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律施行規則の一部改正  
別記様式第一及び別記様式第二中「号馬」を「号若」に改める。  
別記様式第三（表面）中「平成」を「令和」に改める。

第七十四条 介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する省令の一部改正  
 様式第一及び様式第一の二中「担当」を「担当」に改める。  
 (介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する省令(平成十二年厚生省令第二十号)の一部を次のように改正する。)

収入印紙 (消印しないこと。)		言語聴覚士国家試験受験願書					
ふりがな					性別	男	※
氏名					女	受番	受験号
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日	本 籍 (国籍)	都 道 府 道 県	受 験 希 望 地
現住所	都道府県		市郡区				
	(郵便番号		— )		電話番号 ( )		
養成施設名							
最終学歴	学部(学科)					年卒業(見込)	
受験資格  (該当項目に○印をつけること。)	資格該当項目			添付書類			
	養成施設卒業 (一般・短期)	法第33条第1号		・ 養成施設修業(卒業)証明書			
		法第33条第2号					
		法第33条第3号					
		法第33条第5号					
		法附則第2条		・ 養成施設修業(卒業)証明書 ・ 平成10年9月1日現在、養成施設において修業中であったことを証する書類			
指定科目履修者	法第33条第4号		・ 大学等卒業証明書 ・ 指定科目履修証明書				
外国養成施設卒業	法第33条第6号		・ 厚生労働大臣による受験資格の認定を証する書類				
実務経験者	法附則第3条		・ 履歴書 ・ 指定講習会修了証明書 ・ 実務経験等を証する書類				
連絡先	電話番号 ( ) (内線 )						

上記により、言語聴覚士国家試験を受験したいので申し込みます。

令和 年 月 日  
 厚生労働大臣 殿  
 指定試験機関代表者 氏名 印

様式第五号(第十二条関係)

- 備考
- 1 ※印欄には、記入しないこと。
  - 2 該当する不動文字を○で囲むこと。
  - 3 黒ボールペンを用い、かい書ではっきりと記入すること。
  - 4 指定試験機関に申し込む場合には、所定の手続により受験手数料を納付し、収入印紙ははらないこと。
  - 5 修業(卒業)証明書・指定科目履修証明書・実務経験等を証する書類については、それぞれ学校・養成施設・勤務先の長(所属長等)の発行に係るものであること。
  - 6 法附則第2条に該当する者のうち、平成10年9月1日現在、現に養成施設の課程を終えている者にあつては、受験資格を証する添付書類は、養成施設修業(卒業)証明書のみでよいこと。
  - 7 記名押印に代えて、署名することができる。
  - 8 用紙の大きさは、A4とすること。





様式第二の二(附則第二条関係)

介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書

(介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防居宅療養管理指導・介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与・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(短期利用以外)・介護予防小規模多機能型居宅介護(短期利用))

公費負担者番号										令和		年		月分					
公費受給者番号										保険者番号									
被保険者	被保険者番号 (フリガナ)										事業所番号		事業所名称		所在地		連絡先 電話番号		
	氏名																		
	生年月日 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 性別 1. 男 2. 女																		
	要支援 状態区分 要支援1・要支援2																		
	認定有効期間 1. 平成 2. 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで																		
介護予防サービス計画 2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者作成										事業所番号		事業所名称							
開始年月日		1. 平成 2. 令和		年		月		日		中止年月日		令和		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. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所																	
給付費明細欄	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				
給付費明細欄 (住所等特例対象者)	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 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																		
	⑨単位数単価 円/単位 円/単位 円/単位 円/単位 円/単位 円/単位 合計																		
	⑩保険請求額																		
	⑪利用者負担額																		
⑫公費請求額																			
⑬公費分本人負担																			
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								



様式第三(別開第二条関係)

居宅サービス介護給付費明細書  
(短期入所生活介護)

公費負担者番号				令和 年 月 日						
公費受給者番号				保険者番号						
被保険者	被保険者番号 (フリガナ)									
	氏名									
	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	1. 平成	年	月	日	から					
	2. 令和	年	月	日	まで					
請求事業者	事業所番号									
	事業所名称									
	所在地									
連絡先	電話番号									
居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成									
	事業所番号									
	事業所名称									
入所年月日	令和	年	月	日						
退所年月日	令和	年	月	日						
短期入所 実日数										
給付費明細	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	概要		
合計										
請求額集計欄	区分	保険分	公費分							
	①計画単位数									
	②限度額管理対象単位数									
	③限度額管理対象外単位数									
	④給付単位数									
	⑤単位数単価		円/単位							
	⑥給付率		/100		/100					
⑦請求額(円)										
⑧利用者負担額(円)										
特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計										
						保険分 請求額(円)		公費分 請求額		公費分本人負担 月額
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		
	21	短期入所生活介護								

様式第三の二(附則第二条関係)

介護予防サービス介護給付費明細書 (介護予防短期入所生活介護)																									
公費負担者番号				令和 年 月 日				公費受給者番号				保険者番号													
被保険者	被保険者番号 (フリガナ)											請求事業者	事業所番号												
	氏名												事業所名称												
	生年月日		1. 明治		2. 大正		3. 昭和		性別		1. 男		2. 女		所在地										
	要支援 状態区分		要支援1・要支援2										連絡先		電話番号										
認定有効 期間		1. 平成		2. 令和		年 月 日 から		令和		年 月 日 まで		入所年月日		令和 年 月 日		退所年月日		令和 年 月 日		短期入所 実日数					
介護予防 サービス 計画		2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者作成										事業所番号													
		事業所名称																							
給付費明細欄	サービス内容		サービスコード		単位数		回数 日数		サービス単位数		公費分 回数等		公費対象単位数		摘要										
	合計																								
	請求額集計欄	区分		保険分				公費分																	
①計画単位数																									
②限度額管理対象単位数																									
③限度額管理対象外単位数																									
④給付単位数																									
⑤単位数単価		円/単位																							
⑥給付率		/100				/100																			
⑦請求額(円)																									
⑧利用者負担額(円)																									
特定入所者介護予防サービス費	サービス内容		サービスコード		費用単価 (円)		負担限度額		日数		費用額(円)		保険分		公費日数		公費分		利用者負担額						
	合計																								
											保険分 請求額(円)		公費分 請求額		公費分本人負担月額										
社会福祉法人等による軽減額		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		4		介護予防短期入所生活介護																			
枚中 枚目																									

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第四(附則第二条関係)

居宅サービス介護給付費明細書  
(介護老人保健施設における短期入所療養介護)

公費負担者番号		令和		年		月		分
公費受給者番号		保険者番号						
被保険者	被保険者番号 (フリガナ)							
	氏名							
	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	1. 平成		年		月		日	から
	2. 令和		年		月		日	まで
請求事業者	事業所番号							
	事業所名称							
	所在地							
連絡先	電話番号							

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成	2. 被保険者自己作成	入所年月日	令和		年		月		日
	事業所番号		退所年月日	令和		年		月		日
事業所名称			短期入所 実日数							

サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

緊急時 傷病名	①		緊急時治療 開始年月日	① 令和		年		月		日
	②			② 令和		年		月		日
緊急時治療管理(所掲)	単位		単位×		日					
特定治療	リハビリテーション	点	摘要							
	処置	点								
	手術	点								
	麻酔	点								
	放射線治療	点								
合計	点									
往診日数	医療機関名			通院日数	医療機関名					

傷病名	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要
合計								

区分	保険分	公費分	保険分特定治療・特別療養費	公費分特定治療・特別療養費
①計画単位数				
②限度額管理対象単位数				
③限度額管理対象外単位数				
④給付点数・単位数				
⑤点数・単位数単価	円/単位		10円/点・単位	10円/点・単位
⑥給付率	/100	/100	/100	/100
⑦請求額(円)				
⑧利用者負担額(円)				

サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計									
					保険分 請求額(円)		公費分 請求額		公費分本人負担 月額

枚数 枚目

様式第四の二(附則第二条関係)

介護予防サービス介護給付費明細書  
(介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護)

公費負担者番号		令和		年		月分
公費受給者番号		保険者番号				

被保険者	被保険者番号 (フリガナ)					
	氏名					
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男 2. 女
	要支援 状態区分	要支援1・要支援2				
	認定有効 期間	1. 平成		年	月	日 から
	2. 令和		年	月	日 まで	

請求事業者	事業所番号					
	事業所名称					
	所在地					
	連絡先	電話番号				

介護予防サービス計画	2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者作成
事業所番号	
事業所名称	

入所年月日	令和		年		月		日
退所年月日	令和		年		月		日
短期入所 実日数							

サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

緊急時施設療養費	緊急時傷病名	① ② ③	緊急時治療開始年月日	①令和 ②令和 ③令和	年	年	月	月	日	日	
	緊急時治療管理(再掲)	単位	単位×	日							
	特定治療	リハビリテーション	点	摘要							
		処置	点								
		手術	点								
		麻酔	点								
	放射線治療	点									
	合計	点									
往診日数	医療機関名	通院日数	医療機関名								

特別療養費	傷病名							
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要
	合計							

区分	保険分	公費分	保険分特定治療・特別療養費	公費分特定治療・特別療養費
①計画単位数				
②限度額管理対象単位数				
③限度額管理対象外単位数				
④給付点数・単位数				
⑤点数・単位数単価	円/単位		10円/点・単位	10円/点・単位
⑥給付率	/100	/100	/100	/100
⑦請求額(円)				
⑧利用者負担額(円)				

介護予防サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
	合計									
							保険分請求額(円)		公費分請求額	公費分本人負担月額

様式第四の三(附則第二条関係)

居宅サービス介護給付費明細書  
(介護医療院における短期入所療養介護)

公費負担者番号																				
公費受給者番号																				

令和			年			月			分
保険者番号									

被保険者	被保険者番号 (フリガナ)																			
	氏名																			
	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	1. 平成		年		月		日		から		令和		年		月		日		まで

請求事業者	事業所番号																		
	事業所名称																		
	所在地																		
連絡先	電話番号																		

居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成	入所年月日	令和			年			月			日
	事業所番号	事業所名称	令和			年			月		日	
			短期入所 実日数									

基本摘要	摘要種類	内容									
------	------	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 別数等	公費対象単位数	摘要
	合計							

緊急時施設診療費	緊急時傷病名	① ② ③	緊急時治療開始年月日	令和 令和 令和	年 年 年	月 月 月	日 日 日	
	緊急時治療管理(再掲)	単位	単位×				日	
	特定治療	リハビリテーション	点	摘要				
		処置	点					
		手術	点					
		麻酔	点					
	放射線治療	点						
	合計	点						
往診日数	医療機関名	通院日数	医療機関名					

特別診療費	傷病名							
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要
	合計							

区分	保険分	公費分	保険分特定治療・特別診療費	公費分特定治療・特別診療費
①計画単位数				
②限度額管理対象単位数				
③限度額管理対象外単位数				
④給付点数・単位数				
⑤点数・単位数単価	円/単位		10円/点・単位	10円/点・単位
⑥給付率	/100	/100	/100	/100
⑦請求額(円)				
⑧利用者負担額(円)				

特定入所者 介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
	合計						保険分 請求額(円)		公費分 請求額	公費分本人負担 月額





様式第五(附則第二条関係)

居宅サービス介護給付費用細書  
(病院・診療所における短期入所療養介護)

公費負担者番号		令和		年		月	分
公費受給者番号		保険者番号					

被保険者	被保険者番号 (フリガナ)							
	氏名							
	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	1. 平成		年		月		日
	2. 令和		年		月		日	まで

請求事業者	事業所 番号						
	事業所 名称						
	所在地						
	連絡先 電話番号						

居宅 サービス 計画	1. 居宅介護支援事業者作成	2. 被保険者自己作成
	事業所番号	
	事業所名称	

入所年月日	令和		年		月		日
退所年月日	令和		年		月		日
短期入所 実日数							

サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要

特定診療費	傷病 名							
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要
	合計							

区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
①計画単位数				
②限度額管理対象単位数				
③限度額管理対象外単位数				
④給付単位数				
⑤単位数単価	円/単位		10円/単位	10円/単位
⑥給付率	/100	/100	/100	/100
⑦請求額(円)				
⑧利用者負担額(円)				

サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計									
					保険分 請求額(円)		公費分 請求額		公費分本人負 担月額

枚中 枚目

様式第五の二(附則第二条関係)

介護予防サービス介護給付費用明細書  
(病院・診療所における介護予防認知症高齢者介護)

公費負担者番号				令和		年		月分	
公費受給者番号				保険者番号					

被保険者	被保険者番号 (フリガナ)								
	氏名								
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男	2. 女		
	要支援 状態区分	要支援1・要支援2							
認定有効 期間	1. 平成	年	月	日	から	2. 令和	年	月	日まで

請求事業者	事業所番号								
	事業所名称								
	所在地	〒		-					
連絡先	電話番号								

介護予防サービス計画	1. 被保険者自己作成								
	事業所番号								
	事業所名称								
入所年月日	令和	年	月	日	退所年月日	令和	年	月	日
					短期入所 実日数				

給付費用細目	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	合計							

特定診療費	コード名	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要
	合計								

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
	①計画単位数				
	②限度額管理対象単位数				
	③限度額管理対象外単位数				
	④給付単位数				
	⑤単位数単価	円/単位		10円/単位	10円/単位
	⑥給付率	/100		/100	/100
	⑦請求額(円)				
	⑧利用者負担額(円)				

特定入所者介護予防サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価 (円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額	
	合計										
							保険分 請求額(円)		公費分 請求額		公費分本人負担月額

教中	教日
----	----

備考 この用紙は、A列4番とすること。



様式第六の二(附則第二条関係)

地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書  
(介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用以外))

公費負担者番号		令和		年		月分
公費受給者番号		保険者番号				

被保険者	被保険者番号 (フリガナ)	
	氏名	
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 性別 1. 男 2. 女
	要支援状態区分	要支援2
	認定有効期間	1. 平成 2. 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
請求事業者	事業所番号	
	事業所名称	
	所在地	〒
	連絡先 電話番号	

入居年月日	1. 平成 2. 令和	年	月	日	退居年月日	令和	年	月	日	入居実日数	外泊日数
入居前の状況	1. 居宅 2. 医療機関 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院										
退居後の状況	1. 居宅 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所										

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
合計									

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	①単位数合計		
	②単位数単価		円/単位
	③給付率		/100
	④請求額(円)		
⑤利用者負担額(円)			

様式第六の三(附則第二条関係)

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書  
(特定施設入居者生活介護(短期利用以外)・地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用以外))

公費負担者番号											令和		年		月分	
公費受給者番号											保険者番号					

被保険者	被保険者番号															
	(フリガナ)															
	氏名															
	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	1. 平成														日	から
	2. 令和														日	まで

請求事業者	事業所番号														
	事業所名称														
	所在地	〒													
	連絡先	電話番号													

入居年月日	1. 平成															退居年月日	令和													入居実日数							外泊日数						
入居前の状況	1. 居宅 2. 医療機関 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院																																										
退居後の状況	1. 居宅 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所																																										

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要	
合計									

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	①外部利用型給付上限単位数		
	②外部利用型上限管理対象単位数		
	③外部利用型外給付単位数		
	④給付単位数		
	⑤単位数単価	円/単位	
	⑥給付率	/100	/100
	⑦請求額(円)		
	⑧利用者負担額(円)		

枚中	枚目
----	----











様式第七(附則第二条関係)

居宅介護支援介護給付費明細書

令和	年	月分
----	---	----

公費負担者番号
---------

保険者番号
-------

居宅介護 支援事業者	事業所 番号			所在地					
	事業所 名称				連絡先	電話番号			
					単位数単価	(円/単位)			

項番	被保険者 番号			(フリガナ)					性別	1. 男 2. 女																									
	公費受給者番号			氏名																															
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和			要介護 状態区分	要介護 1・2・3・4・5	認 定 有効期間	1. 平成		年	月	日	から																						
		年	月	日				令和	年				月	日	まで																				
担当介護支援 専門員番号				サービス計 画作成依頼 届出年月日	1. 平成	年	月	日	/																										
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	摘要		サービス単位数合計																											
									請求額合計																										
/																																			

項番	被保険者 番号			(フリガナ)					性別	1. 男 2. 女																									
	公費受給者番号			氏名																															
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和			要介護 状態区分	要介護 1・2・3・4・5	認 定 有効期間	1. 平成		年	月	日	から																						
		年	月	日				令和	年				月	日	まで																				
担当介護支援 専門員番号				サービス計 画作成依頼 届出年月日	1. 平成	年	月	日	/																										
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	摘要		サービス単位数合計																											
									請求額合計																										
/																																			

様式第七の二(附則第二条関係)

介護予防支援介護給付費明細書

令和	年	月	分
----	---	---	---

公費負担者番号	
---------	--

保険者番号	
-------	--

介護予防 支援事業者	事業所 番号		所在地					
	事業所 名称			連絡先	電話番号			
				単位数単価	(円/単位)			

項番	被保険者 番号					(フリガナ)					性別	1. 男 2. 女	
	公費受給者番号					氏名							
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和	年	月	日	要介護 状態区分	要支援1・ 要支援2	認定 有効期間	1. 平成 2. 令和	年	月	日	から まで
	担当介護支援 専門員番号					サービス計 画作成依頼 届出年月日	1. 平成 2. 令和	年	月	日			
給付費明細欄	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	摘要	サービス単位数合計						
							請求額合計						

項番	被保険者 番号					(フリガナ)					性別	1. 男 2. 女	
	公費受給者番号					氏名							
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和	年	月	日	要介護 状態区分	要支援1・ 要支援2	認定 有効期間	1. 平成 2. 令和	年	月	日	から まで
	担当介護支援 専門員番号					サービス計 画作成依頼 届出年月日	1. 平成 2. 令和	年	月	日			
給付費明細欄	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	摘要	サービス単位数合計						
							請求額合計						

様式第七の三(附則第二条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書  
(介護予防ケアマネジメント費)

公費負担者番号									
公費受給者番号									

令和		年		月分	
保険者番号					

被保険者	被保険者番号									
	(フリガナ)									
	氏名									
	生年月日	1. 明治	2. 大正	3. 昭和	性別	1. 男	2. 女			
	要支援 状態区分	事業対象者・要支援1・要支援2								
認定有効 期間	1. 平成		年		月		日	から		
	2. 令和		年		月		日	まで		

請求事業者	事業所 番号								
	事業所 名称								
	所在地	〒							
	連絡先	電話番号							

事業費明細欄	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	

事業費明細欄 (住所地特例 対象者)	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	区分	事業分	公費分
	①サービス単位数合計		
	②単位数単価	円/単位	
	③給付率		/100
	④事業費請求額(円)		



様式第九(附則第二条関係)

施設サービス等介護給付費明細書  
(介護保健施設サービス)

公費負担者番号										令和		年		月		分			
公費受給者番号										保険者番号									
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											請求事業者 事業所 番号 事業所 名称 所在地 連絡先 電話番号								
	1. 明治 2. 大正 3. 昭和											性別		1. 男 2. 女					
	要介護1-2+3-4+5																		
	1. 平成 2. 令和											年		月		日		から	
	令和											年		月		日		まで	

入所年月日	1. 平成	年	月	日	退所年月日	令和	年	月	日	入所実日数	外泊日数
主傷病					入所前の状況			1. 居宅 2. 医療機関 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院			
退所後の状況					1. 居宅 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所						

サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
合計							

所定疾患 施設療養費	傷病名	① ② ③	所定疾患施設 療養開始年月日	①令和 ②令和 ③令和	年 年 年	月 月 月	日 日 日
	単位(再掲)	単位	単位×	日			
	緊急時 治療管理	傷病名	① ② ③	緊急時治療 開始年月日	①令和 ②令和 ③令和	年 年 年	月 月 月
特定治療	リハビリテーション	点	摘要				
	処置	点					
	手術	点					
	麻酔	点					
	放射線治療	点					
往診日数		医療 機関名	通院日数		医療 機関名		

傷病名	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要
合計								

区分	保険分	公費分	保険分特定治療・特別療養費	公費分特定治療・特別療養費
①点数・単位数合計				
②点数・単位数単価	円/単位		10円/点・単位	10円/点・単位
③給付率	/100	/100	/100	/100
④請求額(円)				
⑤利用者負担額(円)				

サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計									
					保険分 請求額(円)			公費分 請求額	公費分本人負担月額







様式第十(附則第二条関係)

施設サービス等介護給付費明細書  
(介護療養型施設サービス)

公費負担者番号		令和		年		月分					
公費受給者番号		保険者番号									
被保険者	被保険者番号 (フリガナ)	事業所番号									
	氏名	事業所名称									
	生年月日 1. 明治 2. 大正 3. 昭和 年 月 日 性別 1. 男 2. 女	所在地									
	要介護状態区分 要介護1・2・3・4・5	連絡先 電話番号									
認定有効期間 1. 平成 2. 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	入院 年月日 1. 平成 2. 令和 年 月 日	退院 年月日 令和 年 月 日	入院実日数	外泊日数							
主傷病	入院前の状況 1. 居宅 2. 医療機関 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院										
退院後の状況	1. 居宅 2. 医療機関入院 3. 死亡 4. その他 5. 介護老人福祉施設入所 6. 介護老人保健施設入所 7. 介護療養型医療施設入院 8. 介護医療院入所										
給付費明細	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要			
	合計										
特定診療費	傷病名 識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要			
	合計										
請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費						
	①単位数合計										
	②単位数単価	円/単位		10円/単位	10円/単位						
	③給付率	/100	/100	/100	/100						
	④請求額(円)										
⑤利用者負担額(円)											
特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担率(%)	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額	
	合計						保険分 請求額(円)		公費分 請求額		公費分本人負 担月額
<table border="1"> <tr> <td>枚中</td> <td>枚目</td> </tr> </table>										枚中	枚目
枚中	枚目										

(健康保険法等の一部を改正する法律附則第百二十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する省令の一部改正)第七十五条 健康保険法等の一部を改正する法律附則第百二十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する省令の一部を次のように改正する。  
様式第十を次のように改める。

2 第二條 この省令による改正前のそれぞれの省令で定める様式(次項において「旧様式」という。)により使用されている書類は、この省令による改正後のそれぞれの省令で定める様式によるものとみなす。  
 旧様式による用紙については、合理的に必要と認められる範囲内で、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

第一條 この省令は、公布の日から施行する。  
 (施行期日)  
 様式第三号(表面)、様式第四号、様式第五号及び様式第七号から様式第九号までの様式中「申請」を「請求」に改める。  
 附則  
 (経過措置)

様式第二号 (第三十二条第二項第三号及び第四十七条第二項第三号関係)

障害 年金生活者支援給付金 所得状況届  
 遺族

日本年金機構理事長 殿

令和	年度	令和	年	月	日	提出													
個人番号(または基礎年金番号)																			
年金コード																			
氏	名					㊟													
生	年	月	日	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月	日												
住		所																	
控除対象配偶者および扶養親族の合計数		(うち老人控除対象配偶者および老人扶養親族の合計数) 人 (うち特定扶養親族の数) 人 (うち16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数) 人																	
同一生計配偶者(控除対象配偶者を除く。)の有無		有(70歳以上・70歳未満) ・ 無																	
前		年				所得	合計	額	円										
雑		損				円													
医		療				費				円									
社		会				保				円									
小		規				模				円									
配		偶				者				円									
障		害				者(特別障害者を除く。)である				人									
控		除				対象配偶者、扶養親族および同													
除		除				対象配偶者の合計数													
障		害				者である控除対象配偶者、				人									
控		除				対象配偶者、扶養親族および同													
除		除				対象配偶者の合計数													
障		害				者・特別障害者・寡婦(寡夫)・				障									
害		者				・特別障害者・寡婦(寡夫)・				特									
者		の				特例・勤労学生の別				勤									
地		方				税法附則第6条第1項の免除				円									
方		税				法附則第6条第1項の免除													
に		係				る所得額													
※		控				除				円									
後		の				所得													
額		円																	
そ		の				他													
※		審				査													
※		上記のとおり、相違ありません。																	
令		和		年		月		日		市		町		村		長		㊟	

㊟ ※印の欄は、記入しないでください。  
 備考 1. 用紙の寸法は、日本工業規格A列4番とする。  
 2. 必要があるときは、所要の変更を加えること、その他所要の調整を加えることができる。

○厚生労働省告示第二号

雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和四十七年法律第百十三号）第十三条第二項及び関係法令の規定に基づき、並びに関係法令を実施するため、元号の表記の整理のための厚生労働省関係告示の一部を改正する告示を次のように定める。

令和元年五月七日

厚生労働大臣 根本 匠

元号の表記の整理のための厚生労働省関係告示の一部を改正する告示

〔国立感染症研究所試験検査依頼規程等の一部改正〕

第一条 次に掲げる告示の規定中「元号」を「号」に改める。

一 国立感染症研究所試験検査依頼規程（昭和三十五年厚生省告示第八十二号）別記様式

二 国立感染症研究所製品交付規程（昭和三十五年厚生省告示第八十三号）別記様式

三 妊娠中及び出産後の女性労働者が保健指導又は健康診査に基づく指導事項を守ることができるようにするために事業主が講ずべき措置に関する指針（平成九年労働省告示第百五号）別記様式

四 厚生労働大臣が定める大量の雇用変動の通知の様式を定める件（平成十三年厚生労働省告示第三百七号）様式（表面）

五 介護保険法施行規則第四百十条の六十二の四第一号の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準（平成二十七年厚生労働省告示第百九十七号）様式第一

(社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則第七條の二第一号ホ及び社会福祉士介護福祉士学校指定規則第七條の二第一号ホに規定する厚生労働大臣が別に定める基準の一部改正)  
 第十五条 社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則第七條の二第一号ホ及び社会福祉士介護福祉士学校指定規則第七條の二第一号ホに規定する厚生労働大臣が別に定める基準(平成二十三年厚生労働省告示第四百十四号)の一部を次のように改正する。  
 別記様式を次のように改める。

別記様式

実務者研修教員講習会修了証

フリガナ		生年月日	
氏 名			
住 所			

上記の者は、社会福祉士介護福祉士養成施設指定規則(昭和 62 年厚生省令第 50 号)第 7 條の 2 第 1 号ホ又は社会福祉士介護福祉士学校指定規則(平成 20 年 文部科学省  
厚生労働省 令第 2 号) 第 7 條の 2 第 1 号ホに規定する講習会の課程について、次のとおり修了したことを証明する。

科 目 名	時 間 数
合 計	

令和 年 月 日  
 所 在 地  
 法 人 ・ 機 関 名  
 法人・機関代表者名



附 則  
 第一条 (適用期日) この告示は、告示の日から適用する。  
 (経過措置)  
 第二条 この告示による改正前のそれぞれの告示で定める様式(次項において「旧様式」という。)により使用されている書類は、この告示による改正後のそれぞれの告示で定める様式によるものとみなす。  
 2 旧様式による用紙については、合理的に必要なと認められる範囲内で、当分の間、これを取り續けて使用することができる。