

# 障害福祉サービス費等の請求に係る エラーコード対応マニュアル

宮城県国民健康保険団体連合会介護保険課

2019.3



◆◆目次◆◆

はじめに ..... 1

1. 本マニュアルの用語等について ..... 2

2. 「返戻等一覧表」帳票レイアウト ..... 3

3. 「返戻等一覧表」エラーコード一覧 ..... 4

4. 「返戻等一覧表」エラーコード対処マニュアル ..... 5

5. 「返戻等一覧表」参考 ..... 19

6. 「点検処理結果票」帳票レイアウト ..... 49

7. 「点検処理結果票」エラーコード一覧 ..... 50

8. 「点検処理結果票」エラーコード対応マニュアル ..... 51

9. 「点検処理結果票」参考 ..... 65

## ◎はじめに・・・

障害福祉サービス費等の請求でエラーが発生した場合に、本会から通知する「返戻等一覧表」と「点検処理結果票」の中で、特に発生件数の多いエラーの説明と対応方法を取りまとめましたのでご活用ください。

### ○「返戻等一覧表」とは・・・P 3参照

返戻エラーとなった請求が記載されている帳票です。本帳票に記載があった請求は、障害福祉サービス費等の支払は行われていないため、内容を確認いただき、必要に応じて訂正等を行い再度国保連に請求する必要があります。

### ○「点検処理結果票」とは・・・P 49参照

警告エラーとなった請求が記載されている帳票です。本帳票に記載があった請求は、障害福祉サービス費等の支払は行われていますが※、内容に応じて過誤（取下げ）/再請求等を行うか、特に対応が必要ないかを確認いただく必要があります。

※同一の請求で「返戻等一覧表」「点検処理結果票」両方に記載があった場合、支払は行われておりません。



## 1. 本マニュアルの用語等について

### ○略語

|          |                                               |
|----------|-----------------------------------------------|
| 請求明細書    | 「介護給付費・訓練等給付費等明細書」「障害児通所給付費・入所給付費等明細書」(※特例含む) |
| 上限額管理結果票 | 「利用者負担上限額管理結果票」                               |
| 実績記録票    | 「サービス提供実績記録票」                                 |
| 計画相談請求書  | 「計画相談支援給付費請求書／サービス利用計画作成費請求書」「障害児相談支援給付費請求書」  |

### ○説明

|          |                                                                                                |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 国保連システム  | 国保連合会が市町村から委託を受け、介護給付費・訓練等給付費及びサービス利用計画作成費等の支払等に関する事務処理を行うためのシステム。                             |
| 受給者台帳    | 国保連システムで管理されている障害福祉サービス費等「受給者」に関する支給決定等の情報。                                                    |
| 事業所台帳    | 国保連システムで管理されている障害福祉サービス費等「事業所」に関する指定等の情報。                                                      |
| 過誤（取下げ）  | 既に支払を受けた請求を取下げし請求する前の状態に戻す処理。<br>※国保連ホームページ＞障害者総合支援＞■障害福祉サービス・障害児施設給付事業者のみなさまへ＞「過誤（取下げ）について」参照 |
| 簡易入力システム | 事業所が電子請求受付システムよりダウンロードして利用する、請求情報を作成し送信を行うシステム。                                                |
| 取込送信システム | 事業所が電子請求受付システムよりダウンロードして利用する、他システムで作成した請求情報を取り込み、送信を行うシステム。                                    |

### ○関係機関（「対応マニュアル」で記載されたエラーメッセージに関係する機関に○が表示されています。）

|             |                                                                            |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 事業所         | 国保連システムに「請求情報」を送信しています。                                                    |
| 市町村         | 「受給者台帳」に関する情報を国保連システムに登録しています。                                             |
| 指定機関（県・仙台市） | 「事業所台帳」に関する情報を国保連システムに登録しています。<br>※事業所の所在地：仙台市以外→「指定機関は宮城県」、仙台市→「指定機関は仙台市」 |

### ○その他

- ・「ページ」「エラーコード」「参考No.」をクリックすると該当ページを表示します。
- ・本マニュアルは簡易入力システムの使用を前提として作成しています。  
※システムの詳細は「電子請求受付システム 操作マニュアル（簡易入力/障害者編・障害児編）」参照
- ・「支給決定済み」とは障害福祉サービス費等サービス費等の支払いが確定した状態です。

# 2. 「返戻等一覧表」帳票レイアウト

月初「電子請求受付システム＜照会一覧＞」に送信。※電子請求受付システム操作マニュアル（事業所編）「2.3 通知文書取得」参照

(ID:R11403)  
障害者総合支援

**返 戻 等 一 覧 表**

平成 2 8 年    \* 月 受付分

平成28年\*\*月\*\*日      \*\*頁  
宮城県国民健康保険団体連合会

|       |          |           |
|-------|----------|-----------|
| 事業所番号 | 04*****  | 障害福祉サービス費 |
| 事業所名  | 〇〇〇〇〇〇〇〇 |           |

| 証記載市町村番号<br>証記載市町村名 | 受給者証番号<br>受給者氏名        | 種別 | サービス<br>提供年月 | サービス<br>種類 | 単位数<br>特定障害者特別給付費 | エラー<br>コード | 内 容                        |
|---------------------|------------------------|----|--------------|------------|-------------------|------------|----------------------------|
| 04****<br>〇〇市       | 000000****<br>ショウカ*イロウ | 明  | 平成28年**月     |            | 10,000            | EC01       | 基本情報が重複しています               |
| 04****<br>〇〇市       | 000000****<br>ショウカ*イロウ | サ  | 平成28年**月     | 07         |                   | EC01       | 基本情報が重複しています               |
| 04****<br>〇〇市       | 000000****<br>ショウカ*イロウ | サ  | 平成28年**月     | 17         |                   | EC02       | 明細情報が重複しています               |
| 04****<br>〇〇市       | 000000****<br>ショウカ*イロウ | 利  | 平成28年**月     |            |                   | EC08       | 既に利用者負担上限額管理結果票が存在します      |
| 04****<br>〇〇市       | 000000****<br>ショウカ*イロウ | 利  | 平成28年**月     |            |                   | EC09       | 対象となる利用者負担上限額管理結果票が存在しません  |
| 04****<br>〇〇市       | 000000****<br>ショウカ*イロウ | 明  | 平成28年**月     |            | 1,000             | ED01       | 基本情報が重複しています               |
| 04****<br>〇〇市       | 000000****<br>ショウカ*イロウ | 計  | 平成28年**月     |            | 1,611             | ED02       | 明細情報が重複しています               |
| 04****<br>〇〇町       | 000000****<br>ショウカ*イロウ | 明  | 平成28年**月     |            | 5,952             | EE20       | 地域区分コードが事業所台帳と一致しません       |
| 04****<br>〇〇町       | 000000****<br>ショウカ*イロウ | 明  | 平成28年**月     |            | 3,874             | EE67       | 事業所台帳に該当の上限額管理事業所番号が存在しません |
| 04****<br>〇〇町       | 000000****<br>ショウカ*イロウ | 明  | 平成28年**月     |            | 1,696             | EG02       | 受給者台帳に該当の受給者情報が存在しません      |
| 04****<br>〇〇町       | 000000****<br>ショウカ*イロウ | 利  | 平成28年**月     |            |                   | EJ08       | 管理結果と管理結果後利用者負担額の関係が不正です   |
| 04****<br>〇〇町       | 000000****<br>ショウカ*イロウ | サ  | 平成28年**月     | 17         |                   | PS63       | 施設外支援当月が施設外支援累計を超えています     |

※ 種別    :    サ…サービス提供実績記録票、請…請求書、明…請求明細書、利…利用者負担上限額管理結果票、  
計…計画相談支援給付費請求書／サービス利用計画作成費請求書

### 3. 「返戻等一覧表」エラーコード一覧 ※「エラーコード」をクリックすると対応方法を示したページを表示します。

| No. | エラーコード               | エラーメッセージ                    |
|-----|----------------------|-----------------------------|
| 1   | <a href="#">EC01</a> | 基本情報が重複しています                |
| 2   | <a href="#">EC02</a> | 明細情報が重複しています                |
| 3   | <a href="#">EC08</a> | 既に利用者負担上限額管理結果票が存在します       |
| 4   | <a href="#">EC09</a> | 対象となる利用者負担上限額管理結果票が存在しません   |
| 5   | <a href="#">ED01</a> | 基本情報が重複しています                |
| 6   | <a href="#">ED02</a> | 明細情報が重複しています                |
| 7   | <a href="#">EE03</a> | 障害児施設台帳に該当の事業所情報が無効又は存在しません |
| 8   | <a href="#">EE20</a> | 地域区分コードが事業所台帳と一致しません        |
| 9   | <a href="#">EE67</a> | 事業所台帳に該当の上限額管理事業所番号が存在しません  |
| 10  | <a href="#">EE68</a> | 施設台帳に上限額管理事業所番号が無効又は存在しません  |
| 11  | <a href="#">EF15</a> | 処遇改善加算のサービス単位数が算定可能単位数を超過   |
| 12  | <a href="#">EF18</a> | 指定有効期間外の事業所です               |
| 13  | <a href="#">EG01</a> | 障害児支援受給者台帳に該当の受給者情報が存在しません  |
| 14  | <a href="#">EG02</a> | 受給者台帳に該当の受給者情報が存在しません       |
| 15  | <a href="#">EG03</a> | 受給者台帳に該当する支給決定が存在しません       |
| 16  | <a href="#">EG05</a> | 上限額管理事業所として登録されていません        |
| 17  | <a href="#">EG07</a> | 障害児支援受給者台帳に該当のサービスが存在しません   |
| 18  | <a href="#">EG12</a> | 利用者負担上限月額有効期間外の受給者です        |
| 19  | <a href="#">EG13</a> | 該当サービスが支給決定有効期間外の受給者です      |
| 20  | <a href="#">EG17</a> | 上限額管理対象外の受給者です              |

| No. | エラーコード               | エラーメッセージ                  |
|-----|----------------------|---------------------------|
| 21  | <a href="#">EG20</a> | 受給者台帳で資格を喪失している受給者です      |
| 22  | <a href="#">EG41</a> | 食事提供加算対象外の受給者です           |
| 23  | <a href="#">EG42</a> | 食事提供加算有効期間外の受給者です         |
| 24  | <a href="#">EG76</a> | 計画相談支援給付対象外の受給者です         |
| 25  | <a href="#">EG77</a> | 計画相談支援給付有効期間外の受給者です       |
| 26  | <a href="#">EG78</a> | 計画相談支援事業所として登録されていません     |
| 27  | <a href="#">EG82</a> | 障害児相談支援給付対象外の受給者です        |
| 28  | <a href="#">EG88</a> | 障害支援区分認定有効期間外の受給者です       |
| 29  | <a href="#">EJ08</a> | 管理結果と管理結果後利用者負担額の関係が不正です  |
| 30  | <a href="#">EJ13</a> | 管理結果額が上限額管理後利用者負担額と一致しません |
| 31  | <a href="#">EJ16</a> | 管理結果と管理結果額の関係が不正です        |
| 32  | <a href="#">EN21</a> | 利用者負担額②の計算値が不正です          |
| 33  | <a href="#">EN24</a> | 利用者負担額②の計算値が不正です(多子軽減後の額) |
| 34  | <a href="#">PA16</a> | 目標工賃達成加算の算定要件を満たしていません    |
| 35  | <a href="#">PA68</a> | 特定事業所加算の算定要件を満たしていません     |
| 36  | <a href="#">PA77</a> | 重度者支援体制加算の算定要件を満たしていません   |
| 37  | <a href="#">PP08</a> | 管理結果票に存在しない事業所の明細書があります   |
| 38  | <a href="#">PP19</a> | 実績記録票に該当するサービスが明細書にありません  |
| 39  | <a href="#">PS63</a> | 施設外支援当月が施設外支援累計を超えています    |
| 40  | <a href="#">PU11</a> | 移行準備支援加算(Ⅰ)当月が累計を超えています   |

## 4. 「返戻等一覧表」エラーコード対応マニュアル

※「参考」のNo.をクリックすると具体例等のページを表示します。

| No. | エラーコード | エラーメッセージ     | 関係機関 |     |      | 原因                                                                                                                                                                                                   | 対応方法                                                                                                                                                              | 参考      |
|-----|--------|--------------|------|-----|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
|     |        |              | 事業所  | 市町村 | 指定機関 |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                   |         |
| 1   | EC01   | 基本情報が重複しています | ○    |     |      | <p>①同じ受付月に同一の請求情報（サービス提供月/受給者証番号）が複数送信されている。＜種別：サ 明＞</p> <p>②同じ受付月に同一の市町村情報（提供年月）が複数送信されている。＜種別：請 計＞</p> <p>具体例）<br/>①1回目送信分の内容誤りに気づき、1回目送信分の請求取り消しを行わないで、再度同一の請求情報を送信した。<br/>②同じ市町村の請求を分けて送信した。</p> | <p>①1回目送信の請求のみ受付され、2回目以降に送信された請求分が返戻となっています。1回目の請求に誤りがある場合は、過誤処理を行ってください。1回目と2回目の請求情報が同じ場合は特に対応の必要はありません。</p> <p>②＜種別：請 計＞の重複はサービス費等の支払に影響がないため特に対応の必要はありません。</p> | ・A-No.1 |
| 2   | EC02   | 明細情報が重複しています | ○    |     |      | <p>①請求明細書・実績記録票で同じ請求項目が二重に請求されている。</p> <p>②同じ受付月に同一の計画相談請求書（サービス提供月/受給者証番号）が複数送信されている。</p> <p>具体例）<br/>①実績記録票で同日同様の「支援実績」を2行作成した。<br/>②誤って2回計画相談請求情報を送信した。</p>                                       | <p>①二重に請求されている項目を正しく訂正の上、再請求してください。</p> <p>②1回目送信の請求のみ受付され、2回目以降に送信された請求分が返戻となっています。1回目の請求に誤りがある場合は、過誤処理を行ってください。1回目と2回目の請求情報が同じ場合は特に対応の必要はありません。</p>             | ・A-No.2 |

| No. | エラーコード | エラーメッセージ                  | 関係機関 |     |      | 原因                                                                                                                                                                                           | 対応方法                                                                      | 参考      |
|-----|--------|---------------------------|------|-----|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------|
|     |        |                           | 事業所  | 市町村 | 指定機関 |                                                                                                                                                                                              |                                                                           |         |
| 3   | EC08   | 既に利用者負担上限額管理結果票が存在します     | ○    |     |      | <p>すでに同一の利用者負担上限額管理結果票が提出されている。</p> <p>具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・7月受付月に提出した上限額管理結果票を、8月受付月に作成区分を「新規」で再度送信した。</li> </ul>                                               | 一度提出した「上限額管理結果票」を訂正したい場合は、情報作成区分を「変更」でデータを作成して提出してください。                   | ・A-No.3 |
| 4   | EC09   | 対象となる利用者負担上限額管理結果票が存在しません | ○    |     |      | <p>利用者負担上限額管理結果票が作成区分「変更」または「取消」で送信されているが、該当する請求情報が存在しない。</p> <p>具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・情報作成区分「新規」とすべきところを誤って「変更」でデータを作成した。</li> <li>・該当の請求情報が返戻となっていた。</li> </ul> | 上限額管理結果票の「情報作成区分」「提出の有無」「返戻状況」等を確認してください。                                 | ・A-No.3 |
| 5   | ED01   | 基本情報が重複しています              | ○    |     |      | <p>過去に同一受給者(同サービス提供月)の請求が支給決定済みとなっている。</p> <p>具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・市町村に過誤の依頼をせずに支給決定済みの請求を再送信した。</li> </ul>                                                      | 過去に同一の請求を行っていないか確認し、すでに支給決定済みとなった請求について再請求を行う場合は、市町村へ過誤申立を行ってから、請求してください。 | ・A-No.4 |

| No. | エラーコード | エラーメッセージ                    | 関係機関 |     |      | 原因                                                                                                      | 対応方法                                                                                                                                              | 参考                 |
|-----|--------|-----------------------------|------|-----|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|     |        |                             | 事業所  | 市町村 | 指定機関 |                                                                                                         |                                                                                                                                                   |                    |
| 6   | ED02   | 明細情報が重複しています                | ○    |     |      | 過去に同一受給者(同サービス提供月)の請求が支給決定済みとなっている。<br><br>具体例)<br>・市町村に過誤の依頼をせずに支給決定済みの請求を再送信した。                       | 過去に同一の請求を行っていないか確認し、すでに支給決定済みとなった請求について再請求を行う場合は、市町村へ過誤申立を行ってから、請求してください。                                                                         | ・A-No.5            |
| 7   | EE03   | 障害児施設台帳に該当の事業所情報が無効又は存在しません | ○    |     | ○    | 上限額管理結果票が障害児事業所台帳に登録されていない事業所番号で請求されている。<br><br>具体例)<br>・事業所が「事業所番号」を誤入力した。<br>・指定機関が事業所台帳に「事業所情報」を未登録。 | 上限額管理結果票の事業所番号を確認してください。請求内容が正しければ指定機関(県または仙台市)に状況を確認してください。                                                                                      | ・A-No.6            |
| 8   | EE20   | 地域区分コードが事業所台帳と一致しません        | ○    |     | ○    | 請求情報の「地域区分コード」と事業所台帳の「地域区分コード」が不一致。<br><br>具体例)<br>・事業所が「地域区分コード」を誤入力。<br>・指定機関が事業所台帳の「地域区分コード」を未登録。    | 「請求の地域区分」「国保連ホームページ掲載の地域区分」を確認してください。請求内容が正しければ指定機関(県または仙台市)に状況を確認してください。<br><br>※国保連ホームページ<br><br>○障害者総合支援＞■障害福祉サービス・障害児施設給付事業者のみなさまへ＞「宮城県の地域区分」 | ・A-No.7<br>・A-No.8 |

| No. | エラーコード | エラーメッセージ                   | 関係機関 |     |      | 原因                                                                                                                   | 対応方法                                                                     | 参考       |
|-----|--------|----------------------------|------|-----|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------|
|     |        |                            | 事業所  | 市町村 | 指定機関 |                                                                                                                      |                                                                          |          |
| 9   | EE67   | 事業所台帳に該当の上限額管理事業所番号が存在しません | ○    |     | ○    | 請求明細書の「利用者負担上限額管理事業所」が障害者事業所台帳に登録されていない事業所番号で請求されている。<br><br>具体例)<br>・事業所が「事業所番号」を誤入力した。<br>・指定機関が事業所台帳に「事業所情報」を未登録。 | 請求明細書「利用者負担上限額管理事業所」の事業所番号を確認してください。請求内容が正しければ指定機関(県または仙台市)に状況を確認してください。 | ・A-No.9  |
| 10  | EE68   | 施設台帳に上限額管理事業所番号が無効又は存在しません | ○    |     | ○    | 請求明細書の「利用者負担上限額管理事業所」が障害児事業所台帳に登録されていない事業所番号で請求されている。<br><br>具体例)<br>・事業所が「事業所番号」を誤入力した。<br>・指定機関が事業所台帳に「事業所情報」を未登録。 | 請求明細書「利用者負担上限額管理事業所」の事業所番号を確認してください。請求内容が正しければ指定機関(県または仙台市)に状況を確認してください。 | ・A-No.10 |
| 11  | EF15   | 処遇改善加算のサービス単位数が算定可能単位数を超過  | ○    |     |      | 処遇改善加算のサービス単位数が正しく計算されていない。<br><br>具体例)<br>・サービス単位数を誤入力した。                                                           | 「処遇改善算定対象サービス単位数の合計」「サービス種類の加算率」「計算内容」を確認してください。                         | ・A-No.11 |

| No. | エラーコード | エラーメッセージ                   | 関係機関 |     |      | 原因                                                                                                                                                                     | 対応方法                                                                       | 参考 |
|-----|--------|----------------------------|------|-----|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----|
|     |        |                            | 事業所  | 市町村 | 指定機関 |                                                                                                                                                                        |                                                                            |    |
| 12  | EF18   | 指定有効期間外の事業所です              | ○    |     | ○    | <p>事業所台帳に登録された指定有効期間以外のサービス提供年月で請求されている。</p> <p>具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所がサービス提供年月を誤入力した。</li> <li>・指定機関が事業所台帳に該当期間の「事業所情報」を未登録。</li> </ul> | 指定機関(県または仙台市)への申請内容やサービス提供年月を確認してください。請求内容が正しければ指定機関(県または仙台市)に状況を確認してください。 |    |
| 13  | EG01   | 障害児支援受給者台帳に該当の受給者情報が存在しません | ○    | ○   |      | <p>障害児受給者台帳に登録されていない受給者証番号で請求されている。</p> <p>具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所が受給者証番号を誤入力した。</li> <li>・市町村が受給者台帳に「受給者情報」を未登録。</li> </ul>              | 受給者証の「受給者証番号」を確認し、請求内容が正しければ市町村に状況を確認してください。                               |    |
| 14  | EG02   | 受給者台帳に該当の受給者情報が存在しません      | ○    | ○   |      | <p>障害者受給者台帳に登録されていない「受給者証番号」で請求されている。</p> <p>具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所が「受給者証番号」を誤入力した。</li> <li>・市町村が受給者台帳に「受給者情報」を未登録。</li> </ul>          | 受給者証の「受給者証番号」を確認し、請求内容が正しければ市町村に状況を確認してください。                               |    |



| No. | エラーコード | エラーメッセージ                  | 関係機関 |     |      | 原因                                                                                                                                                                                                                | 対応方法                                              | 参考 |
|-----|--------|---------------------------|------|-----|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----|
|     |        |                           | 事業所  | 市町村 | 指定機関 |                                                                                                                                                                                                                   |                                                   |    |
| 15  | EG03   | 受給者台帳に該当する支給決定が存在しません     | ○    | ○   |      | <p>受給者台帳に登録されていないサービス(支給決定情報)で請求されている。</p> <p>具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所が「支給決定情報」を誤入力した。</li> <li>・市町村が受給者台帳に「支給決定情報」を未登録。</li> </ul>                                                   | 受給者証の「支給決定内容」を確認の上、請求内容が正しければ市町村に状況を確認してください。     |    |
| 16  | EG05   | 上限額管理事業所として登録されていません      | ○    | ○   |      | <p>請求明細書の「上限額管理事業所」と受給者台帳の「上限額管理事業所」が一致していない。</p> <p>具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所が「上限額管理事業所」を誤入力した。</li> <li>・市町村が受給者台帳の「上限額管理事業所」を未登録。</li> <li>・市町村が受給者台帳に別の「上限額管理事業所」を登録した。</li> </ul> | 「市町村」「上限額管理事業所」「関係事業所」で上限額管理事業所を確認して不一致を解消してください。 |    |
| 17  | EG07   | 障害児支援受給者台帳に該当のサービスが存在しません | ○    | ○   |      | <p>障害児受給者台帳に登録されていないサービス(支給決定情報)で請求されている。</p> <p>具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所が「支給決定情報」を誤入力した。</li> <li>・市町村が受給者台帳の「支給決定情報」を未登録。</li> </ul>                                                | 受給者証の「支給決定内容」を確認の上、請求内容が正しければ市町村に状況を確認してください。     |    |

| No. | エラーコード | エラーメッセージ               | 関係機関 |     |      | 原因                                                                                                                                                                                  | 対応方法                                                                                                                                                                      | 参考 |
|-----|--------|------------------------|------|-----|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
|     |        |                        | 事業所  | 市町村 | 指定機関 |                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                           |    |
| 18  | EG12   | 利用者負担上限月額有効期間外の受給者です   | ○    | ○   |      | <p>受給者台帳に登録されている利用者負担上限月額有効期間外のサービス提供年月で請求されている。</p> <p>具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所がサービス提供年月を誤入力した。</li> <li>・市町村が受給者台帳の「利用者負担上限月額情報」を未登録。</li> </ul>      | 受給者証の「負担上限月額/適用期間」を確認し、請求内容が正しければ市町村に状況を確認してください。                                                                                                                         |    |
| 19  | EG13   | 該当サービスが支給決定有効期間外の受給者です | ○    | ○   |      | <p>受給者台帳に登録されている該当サービスが支給決定有効期間外のサービス提供年月で請求されている。</p> <p>具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所が「サービス提供年月」を誤入力した。</li> <li>・市町村が受給者台帳の「支給決定情報」を未登録。</li> </ul>       | 受給者証の該当サービス「支給決定期間」を確認し、請求内容が正しければ市町村に状況を確認してください。                                                                                                                        |    |
| 20  | EG17   | 上限額管理対象外の受給者です         | ○    | ○   |      | <p>請求明細書に上限額管理事業所の情報があるが、受給者台帳に上限額管理事業所情報の登録がない。</p> <p>具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所が「上限額管理事業所情報」を誤入力した。</li> <li>・市町村が受給者台帳の「利用者負担上限額管理情報」を未登録。</li> </ul> | <p>受給者証の「利用者負担上限額管理対象者該当の有無」「利用者負担額上限額管理事業所名」を確認し、請求内容が正しければ市町村に状況を確認してください。</p> <p>※本エラーが出た場合は同受給者で点検処理結果票にも「EG29: 上限額管理対象外受給者の上限額管理結果に値があります」の記載がありますので合わせてご確認ください。</p> |    |

| No. | エラーコード | エラーメッセージ             | 関係機関 |     |      | 原因                                                                                                                                                                   | 対応方法                                                  | 参考 |
|-----|--------|----------------------|------|-----|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----|
|     |        |                      | 事業所  | 市町村 | 指定機関 |                                                                                                                                                                      |                                                       |    |
| 21  | EG20   | 受給者台帳で資格を喪失している受給者です | ○    | ○   |      | <p>受給者台帳で受給資格喪失とされた年月以降のサービス提供年月で請求されている。</p> <p>具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所が「サービス提供年月」を誤入力した。</li> <li>・市町村が受給者台帳の「支給決定情報」を未登録。</li> </ul> | 受給者証の「サービス種別」「支給決定期間」を確認し、請求内容が正しければ市町村に状況を確認してください。  |    |
| 22  | EG41   | 食事提供加算対象外の受給者です      | ○    | ○   |      | <p>実績記録票で食事提供加算対象外の受給者へ食事が提供されている。</p> <p>具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所が「食事提供加算」を誤入力した。</li> <li>・市町村が受給者台帳の「食事提供体制加算情報」を未登録。</li> </ul>      | 受給者証の「食事提供体制加算対象者」の事項を確認し、請求内容が正しければ市町村に状況を確認してください。  |    |
| 23  | EG42   | 食事提供加算有効期間外の受給者です    | ○    | ○   |      | <p>実績記録票で食事提供加算対象期間外に受給者へ食事が提供されている。</p> <p>具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所が食事提供加算を誤入力した。</li> <li>・市町村が受給者台帳の「食事提供体制加算情報」を未登録。</li> </ul>      | 受給者証の食事提供体制加算対象者「適用期間」を確認し、請求内容が正しければ市町村に状況を確認してください。 |    |

| No. | エラーコード | エラーメッセージ              | 関係機関 |     |      | 原因                                                                                                                                                                                                              | 対応方法                                                     | 参考 |
|-----|--------|-----------------------|------|-----|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----|
|     |        |                       | 事業所  | 市町村 | 指定機関 |                                                                                                                                                                                                                 |                                                          |    |
| 24  | EG76   | 計画相談支援給付対象外の受給者です     | ○    | ○   |      | <p>計画相談支援給付対象外の受給者が請求されている。</p> <p>具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所が受給者証番号を誤入力した。</li> <li>・市町村が受給者台帳の「計画相談支援情報」を未登録。</li> </ul>                                                            | 受給者証の「計画相談支援給付費の支給内容」を確認し、請求内容が正しければ市町村に状況を確認してください。     |    |
| 25  | EG77   | 計画相談支援給付有効期間外の受給者です   | ○    | ○   |      | <p>計画相談支援給付有効期間外の受給者が請求されている。</p> <p>具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所がサービス提供年月を誤入力した。</li> <li>・市町村が受給者台帳の「計画相談支援情報」を未登録。</li> </ul>                                                        | 受給者証の計画相談支援給付費の支給内容「支給期間」を確認し、請求内容が正しければ市町村に状況を確認してください。 |    |
| 26  | EG78   | 計画相談支援事業所として登録されていません | ○    | ○   |      | <p>請求事業所番号と受給者台帳に登録されている計画相談支援事業所番号が一致していない。</p> <p>具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所がサービス提供年月を誤入力した。</li> <li>・市町村が受給者台帳の「計画相談支援情報」を未登録。</li> <li>・市町村が受給者台帳に別の「計画相談支援事業所」を登録した。</li> </ul> | 受給者証の「計画相談支援給付費の支給内容」を確認し、請求内容が正しければ市町村に状況を確認してください。     |    |

| No. | エラーコード | エラーメッセージ                 | 関係機関 |     |      | 原因                                                                                                                                                                                      | 対応方法                                                  | 参考                              |
|-----|--------|--------------------------|------|-----|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------|
|     |        |                          | 事業所  | 市町村 | 指定機関 |                                                                                                                                                                                         |                                                       |                                 |
| 27  | EG82   | 障害児相談支援給付対象外の受給者です       | ○    | ○   |      | <p>障害児相談支援給付対象外の受給者が請求されている。</p> <p>具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所が受給者証番号を誤入力した。</li> <li>・市町村が受給者台帳の「計画相談支援情報」を未登録。</li> </ul>                                   | 受給者証の「障害児相談支援給付費の支給内容」を確認し、請求内容が正しければ市町村に状況を確認してください。 |                                 |
| 28  | EG88   | 障害支援区分認定有効期間外の受給者です      | ○    | ○   |      | <p>受給者台帳の障害支援区分認定有効期間外のサービス提供年月で請求されている。</p> <p>具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所がサービス提供年月を誤入力した。</li> <li>・市町村が受給者台帳「障害支援区分情報」を未登録。</li> </ul>                      | 受給者証の「障害支援区分認定有効期間」を確認し、請求内容が正しければ市町村に状況を確認してください。    |                                 |
| 29  | EJ08   | 管理結果と管理結果後利用者負担額の関係が不正です | ○    |     |      | <p>上限額管理結果票の「管理結果番号」と「管理結果後利用者負担額」の内容が一致していない。</p> <p>具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・他事業所の利用者負担が発生しないにもかかわらず「3:利用者負担額の合算額が、負担上限月額を超過するため、下記のとおり調整した」で請求した。</li> </ul> | 「参考」を参照し、管理結果と管理結果後利用者負担額の内容を確認してください。                | <p>・A-No.12</p> <p>・A-No.13</p> |

| No. | エラーコード | エラーメッセージ                  | 関係機関 |     |      | 原因                                                                                      | 対応方法                                                                                                | 参考                          |
|-----|--------|---------------------------|------|-----|------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
|     |        |                           | 事業所  | 市町村 | 指定機関 |                                                                                         |                                                                                                     |                             |
| 30  | EJ13   | 管理結果額が上限額管理後利用者負担額と一致しません | ○    |     |      | 請求明細書の管理結果額と管理結果後利用者負担額が一致していない。<br><br>具体例)<br>・管理結果額を誤入力。<br>・請求額に訂正があった際の管理結果額の訂正漏れ。 | 「参考」を参照し、管理結果と管理結果後利用者負担額の内容が正しいか確認してください。                                                          | ・A-No.12<br>・A-No.14        |
| 31  | EJ16   | 管理結果と管理結果額の関係が不正です        | ○    |     |      | 請求明細書の管理結果番号と管理結果額の内容が一致していない。<br><br>具体例)<br>・「参考」A-No.15①～④参照                         | 「参考」を参照し、管理結果と管理結果後利用者負担額の内容が正しいか確認してください。                                                          | ・A-No.12<br>・A-No.15<br>①～④ |
| 32  | EN21   | 利用者負担額②の計算値が不正です          | ○    |     |      | 請求明細書「利用者負担額②」の項目に「1割相当額※」以外の金額が入力されている。<br><br>具体例)<br>・「利用者負担額②」に「0」を誤入力した。           | 「利用者負担額②」の項目には「1割相当額※」を入力してください。<br><br>※受給者証の特記事項欄に市町村が定める額の記載がある場合は、「当該額」もしくは「1割相当額」のうち小さい額を記載する。 | ・A-No.16                    |

| No. | エラーコード | エラーメッセージ                  | 関係機関 |     |      | 原因                                                                                                                | 対応方法                                                                                                                                                | 参考                   |
|-----|--------|---------------------------|------|-----|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
|     |        |                           | 事業所  | 市町村 | 指定機関 |                                                                                                                   |                                                                                                                                                     |                      |
| 33  | EN24   | 利用者負担額②の計算値が不正です(多子軽減後の額) | ○    | ○   |      | 請求明細書「利用者負担額②」の項目に多子軽減後の額以外の金額が入力されている。<br><br>具体例)<br>・事業所が「利用者負担額②」に「1割相当額」を入力した。<br>・市町村が受給者台帳の「多子軽減対象区分」を未登録。 | 受給者証で多子軽減対象者の記載を確認し対象者であれば「利用者負担額②」に多子軽減後の額を入力してください。<br>記載がない場合は、市町村に状況を確認してください。                                                                  | ・A-No.17<br>・A-No.18 |
| 34  | PA16   | 目標工賃達成加算の算定要件を満たしていません    | ○    |     | ○    | 「加算」の内容と事業所台帳の登録内容が不一致。<br><br>具体例)<br>・事業所が指定と違う加算コードで請求した。<br>・指定機関が事業所台帳の「加算区分」を未登録。                           | 請求明細書の請求内容、加算の指定内容、サービスコードを確認してください。請求内容が正しければ指定機関(県または仙台市)に状況を確認してください。<br><br>※国保連ホームページ厚生労働省等リンク<br><br>○障害者総合支援>■厚生労働省等リンク<br>>報酬算定構造・サービスコード表等 | ・A-No.19<br>・A-No.8  |
| 35  | PA68   | 特定事業所加算の算定要件を満たしていません     | ○    |     | ○    | 「加算」の内容と事業所台帳の登録内容が不一致。<br><br>具体例)<br>・事業所が加算の請求年月を誤入力した。<br>・指定機関が事業所台帳の「加算区分」を未登録。                             | 加算の指定内容、又は請求明細書の請求内容を確認してください。請求内容が正しければ指定機関(県または仙台市)に状況を確認してください。                                                                                  |                      |

| No. | エラーコード | エラーメッセージ                 | 関係機関 |     |      | 原因                                                                                                                                                                        | 対応方法                                                                                                                                                         | 参考                             |
|-----|--------|--------------------------|------|-----|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
|     |        |                          | 事業所  | 市町村 | 指定機関 |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                              |                                |
| 36  | PA77   | 重度者支援体制加算の算定要件を満たしていません  | ○    |     | ○    | <p>「加算」の内容と事業所台帳の登録内容が不一致。</p> <p>具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所が指定と違う加算コードで請求した。</li> <li>・指定機関が事業所台帳の「加算区分」を未登録。</li> </ul>                       | <p>請求明細書の請求内容、加算の指定内容、サービスコードを確認してください。請求内容が正しければ指定機関(県または仙台市)に状況を確認してください。</p> <p>※国保連ホームページ厚生労働省等リンク</p> <p>○障害者総合支援&gt;■厚生労働省等リンク&gt;報酬算定構造・サービスコード表等</p> | <p>・A-No.20</p> <p>・A-No.8</p> |
| 37  | PP08   | 管理結果票に存在しない事業所の明細書があります  | ○    |     |      | <p>上限額管理結果票に記載がない事業所から請求明細書の請求があった。</p> <p>具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・上限額管理結果票に関係事業所の記載が漏れた。</li> </ul>                                             | <p>上限額管理結果票に関係事業所の記載漏れがないか確認してください。</p>                                                                                                                      | <p>・A-No.21</p>                |
| 38  | PP19   | 実績記録票に該当するサービスが明細書にありません | ○    |     |      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・請求明細書が返戻となった。</li> <li>・請求明細書の請求が漏れた。</li> </ul> <p>説明)</p> <p>実績記録票は「同受給者/サービス提供月」の「請求明細書が返戻となった場合」「請求明細書の請求がない場合」全て返戻となります。</p> | <p>返戻等一覧表より請求明細書が返戻となったのか、請求明細書の請求が漏れたのかを確認してください。</p>                                                                                                       | <p>・A-No.22</p>                |



| No. | エラーコード | エラーメッセージ                | 関係機関 |     |      | 原因                                                                                    | 対応方法                                                  | 参考       |
|-----|--------|-------------------------|------|-----|------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------|
|     |        |                         | 事業所  | 市町村 | 指定機関 |                                                                                       |                                                       |          |
| 39  | PS63   | 施設外支援当月が施設外支援累計を超えています  | ○    |     |      | 実績記録票の施設外支援「累計(日/180日)」の日数が「当月(日)」の日数より少ない。<br><br>具体例)<br>・「累計(日/180日)」日数の入力漏れ。      | 実績記録票の施設外支援「累計(日/180日)」の日数に当月を含めた累計の日数を記載してください。      | ・A-No.23 |
| 40  | PU11   | 移行準備支援加算(Ⅰ)当月が累計を超えています | ○    |     |      | 実績記録票の移行準備支援体制加算「累計(日/180日)」の日数が「当月(日)」の日数より少ない。<br><br>具体例)<br>・「累計(日/180日)」日数の入力漏れ。 | 実績記録票の移行準備支援体制加算「累計(日/180日)」の日数に当月を含めた累計の日数を記載してください。 | ・A-No.24 |

# 5.「返戻等一覧表」参考

【参考A-No.1】ECO1 基本情報が重複しています

具体例) ① 1 回目送信分の内容誤りに気づき、1 回目送信分の請求取り消しを行わないで、再度同一の請求情報を送信した。

| 介護給付費・訓練等給付費等明細書(確認リスト)                                                                |            |  |  |               |                     |            |  |       |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------|--|--|---------------|---------------------|------------|--|-------|--|
| (居宅介護、行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、旧法施設支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援) |            |  |  |               |                     |            |  |       |  |
| 市町村番号                                                                                  | 040000     |  |  | 平成 28 年 2 月分  |                     |            |  |       |  |
| 助成自治体番号                                                                                |            |  |  |               |                     |            |  |       |  |
| 受給者証番号                                                                                 | 9876543210 |  |  | 請求事業者         | 指定事業所番号             | 0419999999 |  |       |  |
| 支給決定障害者等氏名                                                                             | ショウガイタロウ   |  |  |               | 事業者及びその事業所の名称       | 〇〇障害事業所    |  |       |  |
| 支給決定に係る障害児氏名                                                                           |            |  |  |               | 地域区分                | その他        |  |       |  |
|                                                                                        |            |  |  |               | 就労継続支援A型事業者負担減免措置実施 | 無 し        |  |       |  |
| 利用者負担上限月額 ①                                                                            | 0          |  |  | 就労継続支援A型減免対象者 | 無 し                 |            |  |       |  |
| 利用者負担上限額<br>管理事業所                                                                      | 指定事業所番号    |  |  |               |                     |            |  |       |  |
|                                                                                        | 事業所名称      |  |  |               | 管理結果                |            |  | 管理結果額 |  |

1 回目送信分 (平成28年2月7日送信分)  
※本送信分は受付されます。

| 介護給付費・訓練等給付費等明細書(確認リスト)                                                                |            |  |  |               |                     |            |  |       |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------|--|--|---------------|---------------------|------------|--|-------|--|
| (居宅介護、行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、旧法施設支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援) |            |  |  |               |                     |            |  |       |  |
| 市町村番号                                                                                  | 040000     |  |  | 平成 28 年 2 月分  |                     |            |  |       |  |
| 助成自治体番号                                                                                |            |  |  |               |                     |            |  |       |  |
| 受給者証番号                                                                                 | 9876543210 |  |  | 請求事業者         | 指定事業所番号             | 0419999999 |  |       |  |
| 支給決定障害者等氏名                                                                             | ショウガイタロウ   |  |  |               | 事業者及びその事業所の名称       | 〇〇障害事業所    |  |       |  |
| 支給決定に係る障害児氏名                                                                           |            |  |  |               | 地域区分                | その他        |  |       |  |
|                                                                                        |            |  |  |               | 就労継続支援A型事業者負担減免措置実施 | 無 し        |  |       |  |
| 利用者負担上限月額 ①                                                                            | 0          |  |  | 就労継続支援A型減免対象者 | 無 し                 |            |  |       |  |
| 利用者負担上限額<br>管理事業所                                                                      | 指定事業所番号    |  |  |               |                     |            |  |       |  |
|                                                                                        | 事業所名称      |  |  |               | 管理結果                |            |  | 管理結果額 |  |

2 回目送信分 (平成28年2月10日送信分)  
※本送信分は返戻となります。

※請求取下げ依頼方法について【電子請求受付システム 操作マニュアル（事業所編）】

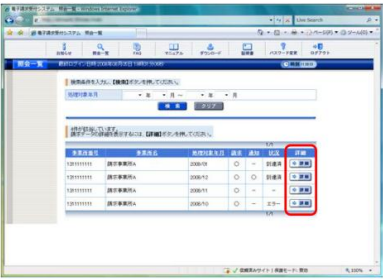
2. 照会～通知文書取得

2.2. 請求取下げ依頼

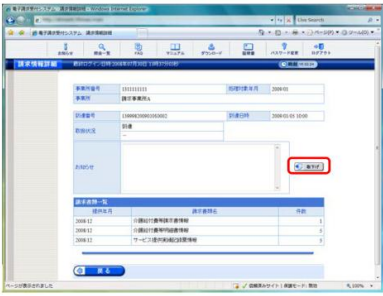
請求受付期間内に、送信した請求情報に不備があることが判明した場合、国保連合会による受付点検処理が始まる前であれば請求情報の取下げ依頼を行うことができます。  
ここでは、一度送信した請求情報の取下げを依頼する操作方法について説明します。



1. 《メインメニュー》より をクリックします。



2. 【照会一覧】画面が表示されます。取下げを行いたい請求情報の をクリックします。



3. 【請求情報詳細】画面が表示されます。内容を確認し、 をクリックします。

**Point !** 取下げ について

《取扱状況》欄が「到達」の場合、 が表示されます。取扱状況が「到達以外」の場合は、取下げ依頼を行うことができないため が表示されません。

※《取扱状況》欄の名称については[P32 Point ! 請求情報詳細画面について]を参照してください。



4. 【送信確認】画面が表示されます。内容を確認し、 をクリックすると、取下げ依頼内容が送信されます。



5. 【処理終了】画面が表示されます。取下げ依頼の結果(承認/否認)については、後でお知らせにて通知されます。

※メールアドレスを国保連合会に登録している場合のみメールでも通知されます。

**Point !** 【処理終了】画面について

①【処理終了】画面の印刷  
 をクリックします。

②【処理終了】画面の保存  
 をクリックし、保存先を指定します。  
※保存方法については[P9 1.2. 基本操作方法 ⑧添付ファイルのダウンロード方法]を参照してください。

6. をクリックすると、【請求情報詳細】画面に戻ります。

※請求の取下げはあくまでも依頼となるので、結果の確認は必ず行ってください。結果の確認方法については、[P36 Point ! 請求取下げ依頼の結果確認]を参照してください。

※取下げが承認されると、送信した請求情報は無効となります。請求情報を送信する必要がある場合は、再度、請求情報を送信してください。

## 2. 照会～通知文書取得

**Point !** 請求取下げ依頼の結果確認

請求取下げ依頼後、結果の確認方法と結果の画面について説明します。

## ①取下げ結果の確認方法

1. P34の[手順 1.～2.]までを行います。
2. 取下げ依頼を行った請求の【請求情報詳細】画面を表示します。
3. 《取扱状況》《お知らせ》欄に請求取下げ依頼の結果が表示されます。

請求取下げは、受付締切（10日17：15）まで何度でも可能です。

## ②取下げ結果の画面紹介

## 《取下げ依頼が承認された場合》

## 《取下げ依頼が否認された場合》

【参考A-No.2】 ECO2 明細情報が重複しています

具体例) ①実績記録票で同日同様の「支援実績」を2行作成した。

平成 28 年 \* 月分

## 就勞繼續支援提供実績記録票

|             |            |           |          |                |            |
|-------------|------------|-----------|----------|----------------|------------|
| 受給者証<br>番 号 | 9876543210 | 支給決定障害者氏名 | ショウガイタロウ | 事業所番号          | 0410000000 |
| 契約支給量       |            |           |          | 事業者及び<br>その事業所 | 〇〇事業所      |

| 日付 | 曜日 | サービス提供実績  |      |       |             |                 |        |       |  | 利用者確認印 | 備考 |
|----|----|-----------|------|-------|-------------|-----------------|--------|-------|--|--------|----|
|    |    | サービス提供の状況 | 開始時間 | 終了時間  | 送迎加算<br>往 復 | 訪問支援特別加算<br>時間数 | 食事提供加算 | 施設外支援 |  |        |    |
| 1  | 月  |           | 9:30 | 15:30 |             |                 |        |       |  |        |    |
| 1  | 月  |           | 9:30 | 15:30 |             |                 |        |       |  |        |    |
| 2  | 火  |           | 9:30 | 15:30 |             |                 |        |       |  |        |    |
| 3  | 水  |           | 9:30 | 15:30 |             |                 |        |       |  |        |    |

具体例) ②誤って2回計画相談請求情報を送信した。

【参考A-No.3】 EC08 既に利用者負担上限額管理結果票が存在します  
EC09 対象となる利用者負担上限額管理結果票が存在しません

利用者負担上限額管理結果票（確認リスト）

|              |            |
|--------------|------------|
| 都道府県等番号      | 040000     |
| 受給者証番号       | 0000000000 |
| 支給決定障害者等氏名   | ショウガイタロウ   |
| 支給決定に係る障害児氏名 | ショウガイハナコ   |

|               |            |
|---------------|------------|
| 指定事業所番号       | 0450000001 |
| 事業所及びその事業所の名称 | 〇〇管理事業所    |

|           |       |
|-----------|-------|
| 利用者負担上限月額 | 4,600 |
|-----------|-------|

|        |    |
|--------|----|
| 情報作成区分 | 新規 |
|--------|----|

|              |   |
|--------------|---|
| 利用者負担上限額管理結果 | 3 |
|--------------|---|

- 1 管理事業所で利用者負担額を充当したため、他事業所の利用者負担は発生しない。
- 2 利用者負担額の合算額が、負担上限月額以下のため、調整事務は行わない。
- 3 利用者負担額の合算額が、負担上限月額を超過するため、下記のとおり調整した。

| 項番          | 1          | 2          |  |  |        |
|-------------|------------|------------|--|--|--------|
| 事業所番号       | 0450000001 | 0450000002 |  |  |        |
| 事業所名称       | 〇〇管理事業所    | 〇〇関係事業所    |  |  | 合計     |
| 総費用額        | 100000     | 40000      |  |  | 140000 |
| 利用者負担額      | 4600       | 4000       |  |  | 8600   |
| 管理結果後利用者負担額 | 4600       | 0          |  |  | 4600   |

平成

確認！！

1 回目の提出 : 「新規」

2 回目以降の提出 : 「変更」または「取消」

で請求しないと返戻となります。

【参考A-No.4】 EDO1\_基本情報が重複しています

具体例) 市町村に過誤の依頼をせずに支給決定済みの請求を再送信した。

| 介護給付費・訓練等給付費等明細書(確認リスト)                                                                |            |                     |         |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------|---------|------------|
| (居宅介護、行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、旧法施設支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援) |            |                     |         |            |
| 市町村番号                                                                                  | 040000     | 平成 27 年 11 月分       |         |            |
| 助成自治体番号                                                                                |            |                     |         |            |
| 受給者証番号                                                                                 | 9876543210 | 請求事業者               | 指定事業所番号 | 0419999999 |
| 支給決定障害者等氏名                                                                             | ショウカイトウ    | 事業者及びその事業所の名称       | 〇〇障害事業所 |            |
| 支給決定に係る障害児氏名                                                                           |            |                     | 地域区分    | その他        |
|                                                                                        |            | 就労継続支援A型事業者負担減免措置実施 |         |            |
| 利用者負担上限月額 ①                                                                            | 0          | 就労継続支援A型減免対象者       | 無し      |            |
| 利用者負担上限額<br>管理事業所                                                                      | 指定事業所番号    |                     |         |            |
|                                                                                        | 事業所名称      |                     | 管理結果    | 管理結果額      |

1 回目送信分 (平成27年12月10日送信分)

※本送信分は支給決定済み。

| 介護給付費・訓練等給付費等明細書(確認リスト)                                                                |            |                     |         |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------|---------|------------|
| (居宅介護、行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、旧法施設支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援) |            |                     |         |            |
| 市町村番号                                                                                  | 040000     | 平成 27 年 11 月分       |         |            |
| 助成自治体番号                                                                                |            |                     |         |            |
| 受給者証番号                                                                                 | 9876543210 | 請求事業者               | 指定事業所番号 | 0419999999 |
| 支給決定障害者等氏名                                                                             | ショウカイトウ    | 事業者及びその事業所の名称       | 〇〇障害事業所 |            |
| 支給決定に係る障害児氏名                                                                           |            |                     | 地域区分    | その他        |
|                                                                                        |            | 就労継続支援A型事業者負担減免措置実施 |         |            |
| 利用者負担上限月額 ①                                                                            | 0          | 就労継続支援A型減免対象者       | 無し      |            |
| 利用者負担上限額<br>管理事業所                                                                      | 指定事業所番号    |                     |         |            |
|                                                                                        | 事業所名称      |                     | 管理結果    | 管理結果額      |

2 回目送信分 (平成28年2月10日送信分)

※本送信分は返戻となります。

【参考A-No.5】 EDO2 明細情報が重複しています

具体例) 市町村に過誤の依頼をせずに支給決定済みの請求を再送信した。

計画相談支援給付費 請求書 (確認リスト)

平成 27 年 12 月 10 日

( 請 求 先 )

〇〇〇〇 殿

請求事業者

指定事業所番号 0430000000

〒999-9999  
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

住 所 (所在地)

〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

電話番号

〇〇障害事業所

名 称

理事長〇〇〇〇

職・氏名

下記のとおりに請求します。

平成 27 年 11 月分

請求金額

百万 千 円

1 6 , 1 1 0

区分

件数

地域区分

その他

計画相談支援

1

単位数単価

10.00

円/単位

項番

支給決定障害者等

請求額計算欄

1

受給者証番号 9876543210

フリガナ ショウカイトロウ

サービスコード

単位数

請求額

モニタリング日 平成 27 年 11 月 29 日

氏名

521111

1,611

16,110

円

1 回目送信分 (平成 27 年 12 月 10 日送信分)  
※本送信分は支給決定済み。

計画相談支援給付費 請求書 (確認リスト)

平成 28 年 2 月 10 日

( 請 求 先 )

〇〇〇〇 殿

請求事業者

指定事業所番号 0430000000

〒999-9999  
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

住 所 (所在地)

〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

電話番号

〇〇障害事業所

名 称

理事長〇〇〇〇

職・氏名

下記のとおりに請求します。

平成 27 年 11 月分

請求金額

百万 千 円

1 8 , 5 3 0

区分

件数

地域区分

その他

計画相談支援

1

単位数単価

10.00

円/単位

項番

支給決定障害者等

請求額計算欄

1

受給者証番号 9876543210

フリガナ ショウカイトロウ

サービスコード

単位数

請求額

モニタリング日 平成 27 年 11 月 29 日

氏名

521113

1,853

18,530

円

2 回目送信分 (平成 28 年 2 月 10 日送信分)  
※本送信分は返戻となります。

-25-



【参考A-No.6】EEO3 障害児施設台帳に該当の事業所情報が無効又は存在しません  
具体例）事業所が事業所番号を誤入力した。

利用者負担上限額管理結果票（確認リスト）

平成 2 8 年 2 月分

|              |            |            |            |
|--------------|------------|------------|------------|
| 都道府県等番号      | 040000     | 指定事業所番号    | 0450000001 |
| 受給者証番号       | 0000000000 | 管理事業所      | 〇〇管理事業所    |
| 支給決定障害者等氏名   | ショウガイタロウ   | 事業者及びその事業所 |            |
| 支給決定に係る障害児氏名 | ショウガイハナコ   |            |            |

利用者負担上限月額 4,600 情報作成区分

利用者負担上限額管理結果 3

1 管理事業所で利用者負担額を充当したため、他事業所の利用者負担額が調整された。  
2 利用者負担額の合算額が、負担上限月額以下のため、調整された。  
3 利用者負担額の合算額が、負担上限月額を超過するため、調整された。

| 項番          | 1          | 2          |  |  |
|-------------|------------|------------|--|--|
| 事業所番号       | 0450000001 | 0419999999 |  |  |
| 事業所名称       | 〇〇管理事業所    | 障害者サービス事業所 |  |  |
| 総費用額        | 40000      | 30000      |  |  |
| 利用者負担額      | 4000       | 3000       |  |  |
| 管理結果後利用者負担額 | 4000       | 600        |  |  |

確認！！

※事業所で「事業所番号を誤入力した場合」や  
「障害者サービスの事業所番号を入力した場合」  
は返戻となります。

※障害者サービス事業所名と障害児サービス事業所名が同じ場合の誤入力が多いので注意してください。  
0410000000 障害〇〇センター（障害者サービス）→障害者事業所台帳に登録  
0450000000 障害〇〇センター（障害児サービス）→障害児施設台帳に登録

【参考A-No.7】EE20 地域区分コードが事業所台帳と一致しません  
 具体例) 事業所が「地域区分コード」を誤入力した。

| 介護給付費・訓練等給付費等明細書(確認リスト)                                                                |                     |            |       |               |      |     |       |   |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------|-------|---------------|------|-----|-------|---|--|
| (居宅介護、行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、旧法施設支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援) |                     |            |       |               |      |     |       |   |  |
| 市町村番号                                                                                  |                     | 040000     |       | 平成 28 年 2 月分  |      |     |       |   |  |
| 助成自治体番号                                                                                |                     |            |       |               |      |     |       |   |  |
| 受給者証番号                                                                                 |                     | 9876543210 |       |               |      |     |       |   |  |
| 支給決定障害者等氏名                                                                             |                     | ショウガイタロウ   |       |               |      |     |       |   |  |
| 支給決定に係る障害児氏名                                                                           |                     |            |       |               |      |     |       |   |  |
| 請求事業者                                                                                  | 指定事業所番号             | 0419999999 |       |               |      |     |       |   |  |
|                                                                                        | 事業者及びその事業所の名称       | 〇〇障害事業所    |       |               |      |     |       |   |  |
|                                                                                        |                     | 地域区分       | 三 級 地 |               |      |     |       |   |  |
|                                                                                        | 就労継続支援A型事業者負担減免措置実施 |            | 無 し   |               |      |     |       |   |  |
| 利用者負担上限月額 ①                                                                            |                     | 9,300      |       | 就労継続支援A型減免対象者 |      | 無 し |       |   |  |
| 利用者負担上限額<br>管理事業所                                                                      | 指定事業所番号             | 0459999999 |       |               |      |     |       |   |  |
|                                                                                        | 事業所名称               |            |       |               | 管理結果 | 3   | 管理結果額 | 0 |  |

確認！！

## 【参考A-No.8】宮城県国民健康保険団体連合会ホームページ

## ■障害福祉サービス事業者のみなさまへ

文字サイズ 標準 大

宮城県国民健康保険団体連合会

Google カスタム検索

けやきの会 宮城県保険者協議会

国保連合会とは 医療機関のみなさまへ 介護保険事業者のみなさまへ **障害福祉サービス事業者のみなさまへ** 柔整施術所のみなさまへ 保険者のみなさまへ

ホーム > 障害福祉サービス事業者のみなさまへ > 障害福祉サービス費請求

お知らせ ▶  
請求期日・支払日一覧 ▶  
振込口座登録・変更 ▶  
**障害福祉サービス費請求 ▶**  
過誤（取下げ） ▶  
支払決定額通知書等の再発行 ▶  
リンク ▶

## 障害福祉サービス費請求

障害福祉サービス費請求

● 事業所集団指導資料

- 資料1：障害福祉サービス費等の電子請求等について（所在地が仙台市の事業者用）  
(PDF：4999KB)
- 資料2：障害福祉サービス費等の電子請求等について（所在地が仙台市以外の事業者用）  
(PDF：7323KB)

● 上限管理結果票及び請求明細書の入力

- 上限管理結果票及び請求明細書の入力 (PDF：645KB)

● 地域区分別の報酬単価

障害福祉サービスの報酬単価（平成30年度）

## ■リンク

文字サイズ 標準 大

宮城県国民健康保険団体連合会

Google カスタム検索

けやきの会 宮城県保険者協議会

国保連合会とは 医療機関のみなさまへ 介護保険事業者のみなさまへ **障害福祉サービス事業者のみなさまへ** 柔整施術所のみなさまへ 保険者のみなさまへ

ホーム > 障害福祉サービス事業者のみなさまへ > リンク

お知らせ ▶  
請求期日・支払日一覧 ▶  
振込口座登録・変更 ▶  
障害福祉サービス費請求 ▶  
過誤（取下げ） ▶  
支払決定額通知書等の再発行 ▶  
**リンク ▶**

## リンク

厚生労働省

- 障害者福祉のページ
- インターフェース仕様書
- 障害福祉サービス等に関するQ & A

宮城県保健福祉部障害福祉課

- 宮城県保健福祉部障害福祉課

独立行政法人福祉医療機構（WAMNET）

【参考A-No.9】EE67事業所台帳に該当の上限額管理事業所番号が存在しません  
 具体例) 事業所が事業所番号を誤入力した。

| 介護給付費・訓練等給付費等明細書(確認リスト)                                                                |  |            |  |               |                     |      |            |           |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--|------------|--|---------------|---------------------|------|------------|-----------|--|
| (居宅介護、行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、旧法施設支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援) |  |            |  |               |                     |      |            |           |  |
| 市町村番号                                                                                  |  | 040000     |  | 平成 28 年 2 月分  |                     |      |            |           |  |
| 助成自治体番号                                                                                |  |            |  |               |                     |      |            |           |  |
| 受給者証番号                                                                                 |  | 9876543210 |  | 請求事業者         | 指定事業所番号             |      | 0419999999 |           |  |
| 支給決定障害者等氏名                                                                             |  | ショウカイトロウ   |  |               | 事業者及びその事業所の名称       |      | 〇〇障害事業所    |           |  |
| 支給決定に係る障害児氏名                                                                           |  | 確認!!       |  |               | 地域区分                |      | その他        |           |  |
|                                                                                        |  |            |  |               | 就労継続支援A型事業者負担減免措置実施 |      | 無 し        |           |  |
| 利用者負担上限月額 ①                                                                            |  | 9,300      |  | 就労継続支援A型減免対象者 |                     | 無 し  |            |           |  |
| 利用者負担上限額<br>管理事業所                                                                      |  | 指定事業所番号    |  | 0459999999    |                     |      |            |           |  |
|                                                                                        |  | 事業所名称      |  |               |                     | 管理結果 |            | 3 管理結果額 0 |  |

※障害者サービス事業所名と障害児サービス事業所名が同じ場合の誤入力が多いので注意してください。  
 0410000000 障害〇〇センター(障害者サービス)→障害者事業所台帳に登録  
 0450000000 障害〇〇センター(障害児サービス)→障害児施設台帳に登録

【参考A-No.10】EE68施設台帳に上限額管理事業所番号が無効又は存在しません  
 具体例) 事業所が事業所番号を誤入力した。

| 障害児通所給付費・入所給付費等明細書(確認リスト) |  |            |  |            |              |      |  |   |  |       |  |   |  |
|---------------------------|--|------------|--|------------|--------------|------|--|---|--|-------|--|---|--|
| 都道府県等番号                   |  | 040000     |  |            | 平成 28 年 2 月分 |      |  |   |  |       |  |   |  |
| 助成自治体番号                   |  |            |  |            |              |      |  |   |  |       |  |   |  |
| 受給者証番号                    |  | 9876543210 |  |            |              |      |  |   |  |       |  |   |  |
| 給付決定保護者氏名                 |  | ショウガイタロウ   |  |            |              |      |  |   |  |       |  |   |  |
| 給付決定に係る障害児氏名              |  | ショウガイハナコ   |  |            |              |      |  |   |  |       |  |   |  |
|                           |  | 確認!!       |  |            |              |      |  |   |  |       |  |   |  |
| 利用者負担上限月額 ①               |  | 4,600      |  |            |              |      |  |   |  |       |  |   |  |
| 利用者負担上限額管理事業所             |  | 指定事業所番号    |  | 0419999999 |              | 管理結果 |  | 3 |  | 管理結果額 |  | 0 |  |
|                           |  | 事業所名称      |  |            |              |      |  |   |  |       |  |   |  |

※障害者サービス事業所名と障害児サービス事業所名が同じ場合の誤入力が多いので注意してください。  
 0410000000 障害〇〇センター(障害者サービス) → 障害者事業所台帳に登録  
 0450000000 障害〇〇センター(障害児サービス) → 障害児施設台帳に登録

【参考A-No.11】EF15 処遇改善加算のサービス単位数が算定可能単位数を超過  
 具体例）サービス単位数を誤入力した。

| 介護給付費・訓練等給付費等明細書(確認リスト)                                                                |                     |            |                 |               |          |      |         |      |    |      |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------|-----------------|---------------|----------|------|---------|------|----|------|----|
| (居宅介護、行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、旧法施設支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援) |                     |            |                 |               |          |      |         |      |    |      |    |
| 市町村番号                                                                                  |                     | 040000     |                 |               |          | 平成   |         | 28   | 年  | 2    | 月分 |
| 助成自治体番号                                                                                |                     |            |                 |               |          |      |         |      |    |      |    |
| 受給者証番号                                                                                 |                     | 9876543210 |                 |               |          |      |         |      |    |      |    |
| 支給決定障害者等氏名                                                                             |                     | ショウガイロウ    |                 |               |          |      |         |      |    |      |    |
| 支給決定に係る障害児氏名                                                                           |                     |            |                 |               |          |      |         |      |    |      |    |
| 請求事業者                                                                                  | 指定事業所番号             | 0419999999 |                 |               |          |      |         |      |    |      |    |
|                                                                                        | 事業者及びその事業所の名称       | 〇〇障害事業所    |                 |               |          |      |         |      |    |      |    |
|                                                                                        |                     | 地域区分       | その他             |               |          |      |         |      |    |      |    |
|                                                                                        | 就労継続支援A型事業者負担減免措置実施 |            |                 |               |          | 無し   |         |      |    |      |    |
| 利用者負担上限月額 ①                                                                            |                     | 0          |                 | 就労継続支援A型減免対象者 |          |      |         |      |    |      |    |
| 利用者負担上限額<br>管理事業所                                                                      |                     | 指定事業所番号    |                 | 0459999999    |          |      |         |      |    |      |    |
|                                                                                        |                     | 事業所名称      |                 | 管理            |          |      |         |      |    |      |    |
| サービス種別                                                                                 | 32                  | 開始年月日      | 平成 24 年 4 月 1 日 | 終了年月日         | 平成 年 月 日 | 利用日数 |         | 入院日数 |    | 外泊日数 |    |
|                                                                                        |                     | 開始年月日      | 平成 年 月 日        | 終了年月日         | 平成 年 月 日 | 利用日数 |         | 入院日数 |    | 外泊日数 |    |
|                                                                                        |                     | 開始年月日      | 平成 年 月 日        | 終了年月日         | 平成 年 月 日 | 利用日数 |         | 入院日数 |    | 外泊日数 |    |
| 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 |      |    |
|                                                                                        | 施設入所25              |            | 322171          |               | 297      | 30   | 8,910   |      |    |      |    |
|                                                                                        | 施入処遇改善加算Ⅱ           |            | 326665          |               | 446      | 1    | 446     |      |    |      |    |
|                                                                                        |                     |            |                 |               |          |      |         |      |    |      |    |

**確認！！**  
 ※「処遇改善算定対象サービス単位数の合計」  
 「サービス種類の加算率」  
 に応じた単位数となっていない

【参考A-No.1 2】利用者負担上限額管理について

1. 利用者負担上限額管理結果番号

「1」・・・管理事業所で利用者負担額を充当したため、他事業所の利用者負担は発生しない。

※管理事業所で1割相当額が利用者負担上限月額以上の場合に使用する番号です。

※管理結果額→「管理事業所：利用者負担上限月額」「関係事業所：0」

「2」・・・利用者負担額の合算額が、負担上限月額以下のため、調整事務は行わない。

※管理・関係全事業所を合計した1割相当額が利用者負担上限月額以下の場合に使用する番号です。

※管理結果額→「管理事業所：1割相当額」「関係事業所：1割相当額」

「3」・・・利用者負担額の合算額が、負担上限月額を超過するため、下記のとおり調整した。

※管理事業所で1割相当額が利用者負担上限月額未満で調整事務が行われた場合に使用する番号です。

※管理結果額→「管理事業所：1割相当額」「関係事業所：調整額」

2. 厚生労働省平成21年度障害福祉サービス報酬改定に係るQ & A (VOL.1)

【利用者負担上限額管理加算】

問1～8以下の月について、加算の算定の可否如何。

- ① 上限額管理事業所のみを利用し、他の事業所の利用がない月
- ② 上限額管理事業所及び他事業所を利用した月
- ③ 上限額管理事業所の利用がなく、他の事業所のみを利用した月

(答) ① 上限額に達しているか否かにかかわらず、加算を算定できない。

② // 加算を算定できる。

③ // 加算を算定できる。

【参考A-No.13】EJO8 管理結果と管理結果後利用者負担額の関係が不正です

具体例) 他事業所の利用者負担が発生しないにも関わらず「3：利用者負担額の合算額が、負担上限月額を超過するため、下記のとおり調整した。」で請求した。

利用者負担上限額管理結果票（確認リスト）

平成 2 8 年 2 月分

|              |            |         |            |
|--------------|------------|---------|------------|
| 都道府県等番号      | 040000     | 指定事業所番号 | 0450000001 |
| 受給者証番号       | 0000000000 | 管理      | 〇〇管理事業所    |
| 支給決定障害者等氏名   | ショウガイタロウ   |         |            |
| 支給決定に係る障害児氏名 | ショウガイハナコ   |         |            |

確認！！

※本事例の場合は管理結果1

|           |       |    |    |
|-----------|-------|----|----|
| 利用者負担上限月額 | 4,600 | 区分 | 新規 |
|-----------|-------|----|----|

|                                                                                                                            |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 利用者負担上限額管理結果                                                                                                               | 3 |
| 1 管理事業所で利用者負担額を充当したため、他事業所の利用者負担は発生しない。<br>2 利用者負担額の合算額が、負担上限月額以下のため、調整事務は行わない。<br>3 利用者負担額の合算額が、負担上限月額を超過するため、下記のとおり調整した。 |   |

| 項番          | 1          | 2          |  |  |        |
|-------------|------------|------------|--|--|--------|
| 事業所番号       | 0450000001 | 0450000002 |  |  |        |
| 事業所名称       | 〇〇管理事業所    | 〇〇関係事業所    |  |  | 合計     |
| 総費用額        | 100000     | 40000      |  |  | 140000 |
| 利用者負担額      | 4600       | 4000       |  |  | 8600   |
| 管理結果後利用者負担額 | 4600       | 0          |  |  | 4600   |



【参考A-No.1 4】EJ13 管理結果額が上限額管理後利用者負担額と一致しません  
具体例）請求額に訂正があった際の管理結果額の訂正漏れ。

| 介護給付費・訓練等給付費等明細書(確認リスト)                                                                |                     |            |            |               |      |     |       |       |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------|------------|---------------|------|-----|-------|-------|--|
| (居宅介護、行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、旧法施設支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援) |                     |            |            |               |      |     |       |       |  |
| 市町村番号                                                                                  |                     | 040000     |            | 平成 28 年 2 月分  |      |     |       |       |  |
| 助成自治体番号                                                                                |                     |            |            |               |      |     |       |       |  |
| 受給者証番号                                                                                 |                     | 9876543210 |            |               |      |     |       |       |  |
| 支給決定障害者等氏名                                                                             |                     | ショウカイトウ    |            |               |      |     |       |       |  |
| 支給決定に係る障害児氏名                                                                           |                     |            |            |               |      |     |       |       |  |
| 請求事業者                                                                                  | 指定事業所番号             | 0419999999 |            |               |      |     |       |       |  |
|                                                                                        | 事業者及びその事業所の名称       | 〇〇障害事業所    |            |               |      |     |       |       |  |
|                                                                                        | 地域区分                | 五級地        |            |               |      |     |       |       |  |
|                                                                                        | 就労継続支援A型事業者負担減免措置実施 | 無 し        |            |               |      |     |       |       |  |
| 利用者負担上限月額 ①                                                                            |                     | 37,200     |            | 就労継続支援A型減免対象者 |      | 無 し |       |       |  |
| 利用者負担上限額管理事業所                                                                          |                     | 指定事業所番号    | 0419999999 |               |      |     |       |       |  |
|                                                                                        |                     | 事業所名称      | 〇〇障害事業所    |               | 管理結果 | 2   | 管理結果額 | 1,819 |  |

| サービス種類コード        | 11        | 居宅介護     |         |   |   |      |   |      |   | 合計   |
|------------------|-----------|----------|---------|---|---|------|---|------|---|------|
|                  |           | サービス利用日数 | 集計欄分類番号 | 2 | 日 | 1    | 日 |      | 日 |      |
| 給付単位数            |           | 1,573    |         |   |   |      |   |      |   |      |
| 単位数単価            |           | 10.360   | 円/単位    |   |   | 円/単位 |   | 円/単位 |   | 円/単位 |
| 総費用額             |           | 16296    |         |   |   |      |   |      |   |      |
| 1割相当額            |           | 1,629    |         |   |   |      |   |      |   |      |
| 利用者負担額②          |           | 1,629    |         |   |   |      |   |      |   |      |
| 上限月額調整(①②の内少ない数) |           | 0        |         |   |   |      |   |      |   |      |
| A型減免             | 事業者減免額    |          |         |   |   |      |   |      |   |      |
|                  | 減免後利用者負担額 |          |         |   |   |      |   |      |   |      |
| 調整後利用者負担額        |           |          |         |   |   |      |   |      |   |      |
| 上限額管理後利用者負担額     |           | 1,629    |         |   |   |      |   |      |   |      |
| 決定利用者負担額         |           | 1,629    |         |   |   |      |   |      |   |      |
| 請求額              | 給付費       | 14,667   |         |   |   |      |   |      |   |      |

確認！！

確認！！

※「管理結果額」と「上限額管理後利用者負担額」の金額が違う場合、必ず返戻となりますのでご注意ください。

【参考A-No.15】EJ16 管理結果と管理結果額の関係が不正です

具体例①) 管理事業所にもかかわらず上限額管理後利用者負担額が上限額まで徴収されていない。

<請求:利用者負担上限額管理事業所>

|             |  |       |  |               |  |   |  |   |  |
|-------------|--|-------|--|---------------|--|---|--|---|--|
| 利用者負担上限月額 ① |  | 9,300 |  | 就労継続支援A型減免対象者 |  | 無 |  | し |  |
|-------------|--|-------|--|---------------|--|---|--|---|--|

|                   |  |         |  |            |  |      |  |   |  |       |  |       |  |
|-------------------|--|---------|--|------------|--|------|--|---|--|-------|--|-------|--|
| 利用者負担上限額<br>管理事業所 |  | 指定事業所番号 |  | 0419999999 |  | 管理結果 |  | 3 |  | 管理結果額 |  | 5,000 |  |
|                   |  | 事業所名称   |  | 〇〇障害事業所    |  |      |  |   |  |       |  |       |  |

| サービス種類コード      |             | 〇       | 〇〇〇〇 |      |   |  |   |  |   |  |   |  |  | 合計 |
|----------------|-------------|---------|------|------|---|--|---|--|---|--|---|--|--|----|
| サービス<br>利用日数   | 集計欄<br>分類番号 | 〇       | 日    | 〇    | 日 |  | 日 |  | 日 |  | 日 |  |  |    |
| 給付単位数          |             | 10,000  |      |      |   |  |   |  |   |  |   |  |  |    |
| 単位数単価          |             | 10,000  |      | 円/単位 |   |  |   |  |   |  |   |  |  |    |
| 総費用額           |             | 100,000 |      |      |   |  |   |  |   |  |   |  |  |    |
| 1割相当額          |             | 10,000  |      |      |   |  |   |  |   |  |   |  |  |    |
| 利用者負担額②        |             | 10,000  |      |      |   |  |   |  |   |  |   |  |  |    |
| 上限月額調整①②の内少ない数 |             | 9,300   |      |      |   |  |   |  |   |  |   |  |  |    |
| 調整後利用者負担額      |             |         |      |      |   |  |   |  |   |  |   |  |  |    |
| 上限額管理後利用者負担額   |             | 5,000   |      |      |   |  |   |  |   |  |   |  |  |    |
| 決定利用者負担額       |             | 5,000   |      |      |   |  |   |  |   |  |   |  |  |    |
| 請求額            | 給付費         | 95,000  |      |      |   |  |   |  |   |  |   |  |  |    |

利用者負担上限額管理事業所の場合  
 上限月額調整が「9,300」であれば  
 「管理結果:1 管理結果額:9,300」  
 「上限額管理後利用者負担額:9,300」  
 で請求してください。

- 「1」・・・管理事業所で利用者負担額を充当したため、他事業所の利用者負担は発生しない  
 「2」・・・利用者負担額の合算額が、負担上限月額以下のため、調整事務は行わない  
 「3」・・・利用者負担額の合算額が、負担上限月額を超過するため、下記のとおり調整した



【参考A-No.15】EJ16 管理結果と管理結果額の関係が不正です  
 具体例③) 管理結果額が1割相当額を超えて請求されている。

< 請求: 関係事業所 >

|             |       |               |   |   |
|-------------|-------|---------------|---|---|
| 利用者負担上限月額 ① | 9,300 | 就労継続支援A型減免対象者 | 無 | し |
|-------------|-------|---------------|---|---|

|                   |         |            |      |   |       |       |
|-------------------|---------|------------|------|---|-------|-------|
| 利用者負担上限額<br>管理事業所 | 指定事業所番号 | 0419999999 | 管理結果 | 2 | 管理結果額 | 4,000 |
|                   | 事業所名称   | 〇〇障害事業所    |      |   |       |       |

|            |                  |   |        |        |   |  |  |   |  |  |   |        |
|------------|------------------|---|--------|--------|---|--|--|---|--|--|---|--------|
| 請求額<br>集計欄 | サービス種類コード        | 〇 | 〇〇〇〇   |        |   |  |  |   |  |  |   | 合計     |
|            | サービス<br>利用日数     | 〇 | 日      | 〇      | 日 |  |  | 日 |  |  | 日 |        |
|            | 給付単位数            |   |        | 3,000  |   |  |  |   |  |  |   |        |
|            | 単位数単価            |   | 10,000 | 円/単位   |   |  |  |   |  |  |   |        |
|            | 総費用額             |   |        | 30,000 |   |  |  |   |  |  |   |        |
|            | 1割相当額            |   |        | 3,000  |   |  |  |   |  |  |   |        |
|            | 利用者負担額②          |   |        | 3,000  |   |  |  |   |  |  |   |        |
|            | 上限月額調整(①②の内少ない数) |   |        | 3,000  |   |  |  |   |  |  |   | 3,000  |
|            | 調整後利用者負担額        |   |        |        |   |  |  |   |  |  |   |        |
|            | 上限額管理後利用者負担額     |   |        | 3,000  |   |  |  |   |  |  |   | 3,000  |
|            | 決定利用者負担額         |   |        | 3,000  |   |  |  |   |  |  |   | 3,000  |
| 請求額        | 給付費              |   |        | 27,000 |   |  |  |   |  |  |   | 27,000 |

関係事業所の場合  
 「管理結果：2」であれば「管理結果額：3,000」  
 で請求してください。

- 「1」・・・管理事業所で利用者負担額を充当したため、他事業所の利用者負担は発生しない  
 「2」・・・利用者負担額の合算額が、負担上限月額以下のため、調整事務は行わない  
 「3」・・・利用者負担額の合算額が、負担上限月額を超過するため、下記のとおり調整した

【参考A-No.15】EJ16 管理結果と管理結果額の関係が不正です  
 具体例④) 上限額管理後利用者負担額が0にも関わらず管理結果額に金額がある。

< 請求: 関係事業所 >

|             |       |               |   |   |
|-------------|-------|---------------|---|---|
| 利用者負担上限月額 ① | 9,300 | 就労継続支援A型減免対象者 | 無 | し |
|-------------|-------|---------------|---|---|

|                   |         |            |      |   |       |       |
|-------------------|---------|------------|------|---|-------|-------|
| 利用者負担上限額<br>管理事業所 | 指定事業所番号 | 0419999999 | 管理結果 | 1 | 管理結果額 | 9,300 |
|                   | 事業所名称   | 〇〇障害事業所    |      |   |       |       |

|        |                 |         |      |   |  |   |  |  |   |  |  |         |
|--------|-----------------|---------|------|---|--|---|--|--|---|--|--|---------|
| 請求額集計欄 | サービス種類コード       | 〇       | 〇〇〇〇 |   |  |   |  |  |   |  |  | 合計      |
|        | サービス<br>利用日数    | 〇       | 日    | 〇 |  | 日 |  |  | 日 |  |  |         |
|        | 給付単位数           | 10,000  |      |   |  |   |  |  |   |  |  |         |
|        | 単位数単価           | 10,000  | 円/単位 |   |  |   |  |  |   |  |  |         |
|        | 総費用額            | 100,000 |      |   |  |   |  |  |   |  |  |         |
|        | 1割相当額           | 10,000  |      |   |  |   |  |  |   |  |  |         |
|        | 利用者負担額②         | 10,000  |      |   |  |   |  |  |   |  |  |         |
|        | 上限月額調整①②の内少ない数) | 9,300   |      |   |  |   |  |  |   |  |  | 9,300   |
|        | 調整後利用者負担額       |         |      |   |  |   |  |  |   |  |  |         |
|        | 上限額管理後利用者負担額    | 0       |      |   |  |   |  |  |   |  |  | 0       |
| 請求額    | 決定利用者負担額        | 0       |      |   |  |   |  |  |   |  |  | 0       |
|        | 給付費             | 100,000 |      |   |  |   |  |  |   |  |  | 100,000 |
|        |                 |         |      |   |  |   |  |  |   |  |  |         |

関係事業所の場合  
 「上限額管理後利用者負担額：0」であれば  
 「管理結果：3 管理結果額：0」  
 で請求してください。

- 「1」・・・管理事業所で利用者負担額を充当したため、他事業所の利用者負担は発生しない  
 「2」・・・利用者負担額の合算額が、負担上限月額以下のため、調整事務は行わない  
 「3」・・・利用者負担額の合算額が、負担上限月額を超過するため、下記のとおり調整した

【参考A-No.16】E21\_利用者負担額②の計算値が不正です  
具体例)「利用者負担額②」に「0」を入力した。

|             |  |   |  |               |  |   |  |   |  |
|-------------|--|---|--|---------------|--|---|--|---|--|
| 利用者負担上限月額 ① |  | 0 |  | 就労継続支援A型減免対象者 |  | 無 |  | し |  |
|-------------|--|---|--|---------------|--|---|--|---|--|

|                   |  |         |  |  |  |      |  |       |  |
|-------------------|--|---------|--|--|--|------|--|-------|--|
| 利用者負担上限額<br>管理事業所 |  | 指定事業所番号 |  |  |  |      |  |       |  |
|                   |  | 事業所名称   |  |  |  | 管理結果 |  | 管理結果額 |  |

|          |                  |             |         |      |   |      |  |         |         |  |  |
|----------|------------------|-------------|---------|------|---|------|--|---------|---------|--|--|
| 請求額集計欄   | サービス種類コード        |             | ○       | ○○○○ |   |      |  |         |         |  |  |
|          | サービス<br>利用日数     | 集計欄<br>分類番号 | ○       | 日    | ○ | 日    |  |         |         |  |  |
|          | 給付単位数            |             | 10000   |      |   |      |  |         |         |  |  |
|          | 単位数単価            |             | 10,000  | 円/単位 |   | 円/単位 |  | 円/単位    |         |  |  |
|          | 総費用額             |             | 100,000 |      |   |      |  |         | 100,000 |  |  |
|          | 1割相当額            |             | 10,000  |      |   |      |  |         |         |  |  |
|          | 利用者負担額②          |             | 0       |      |   |      |  |         |         |  |  |
|          | 上限月額調整(④⑤の内少ない数) |             | 0       |      |   |      |  |         | 0       |  |  |
|          | 調整後利用者負担額        |             |         |      |   |      |  |         |         |  |  |
|          | 上限額管理後利用者負担額     |             | 0       |      |   |      |  |         | 0       |  |  |
| 決定利用者負担額 |                  | 0           |         |      |   |      |  | 0       |         |  |  |
| 請求額      | 給付費              | 100,000     |         |      |   |      |  | 100,000 |         |  |  |
|          |                  |             |         |      |   |      |  |         |         |  |  |

確認！！

「利用者負担額②」の項目には「1割相当額」又は「災害等による特例給付額」を入力してください。

【参考A-No.17】E2.4利用者負担額②の計算値が不正です（多子軽減後の額）  
具体例）「利用者負担額②」に「1割相当額」を入力した。

|             |  |       |  |
|-------------|--|-------|--|
| 利用者負担上限月額 ① |  | 4,600 |  |
|-------------|--|-------|--|

|                   |  |         |            |  |      |   |       |   |
|-------------------|--|---------|------------|--|------|---|-------|---|
| 利用者負担上限額<br>管理事業所 |  | 指定事業所番号 | 0459999999 |  | 管理結果 | 1 | 管理結果額 | 0 |
|                   |  | 事業所名称   |            |  |      |   |       |   |

|          |                  |             |         |      |   |      |  |         |  |
|----------|------------------|-------------|---------|------|---|------|--|---------|--|
| 請求額集計欄   | サービス種類コード        |             | ○       | ○○○○ |   |      |  |         |  |
|          | サービス<br>利用日数     | 集計欄<br>分類番号 | ○       | 日    | ○ | 日    |  |         |  |
|          | 給付単位数            |             | 10,000  |      |   |      |  |         |  |
|          | 単位数単価            |             | 10.00   | 円/単位 |   | 円/単位 |  | 円/単位    |  |
|          | 総費用額             |             | 100,000 |      |   |      |  | 100,000 |  |
|          | 1割相当額            |             | 10,000  |      |   |      |  |         |  |
|          | 利用者負担額②          |             | 10,000  |      |   |      |  |         |  |
|          | 上限月額調整(③④の内少ない数) |             | 4,600   |      |   |      |  |         |  |
|          | 調整後利用者負担額        |             |         |      |   |      |  |         |  |
|          | 上限額管理後利用者負担額     |             | 0       |      |   |      |  |         |  |
| 決定利用者負担額 |                  | 0           |         |      |   |      |  |         |  |
| 請求額      | 給付費              |             | 100,000 |      |   |      |  | 100,000 |  |
|          |                  |             |         |      |   |      |  |         |  |

「利用者負担額②」の項目には「1割相当額」又は「多子軽減後の額」を入力してください。

確認！！

※【参考A-No.18】厚生労働省利用者負担認定の手引き（平成27年4月版抜粋）

厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部

障害福祉サービス・障害児通所支援等の  
利用者負担認定の手引き

【平成27年4月版】

Ver. 10

Ⅱ 障害児通所支援に係る多子軽減措置適用後の負担上限月額

① 対象者

障害児通所支援を利用する小学校就学の始期に達するまでの障害児又は以下の施設に通う小学校就学の始期に達するまでの児童（以下「小学校就学前児童」という。）が二人以上いる通所給付決定保護者

- ・ 幼稚園
- ・ 特別支援学校の幼稚部
- ・ 保育所
- ・ 情緒障害児短期治療施設
- ・ 認定子ども園

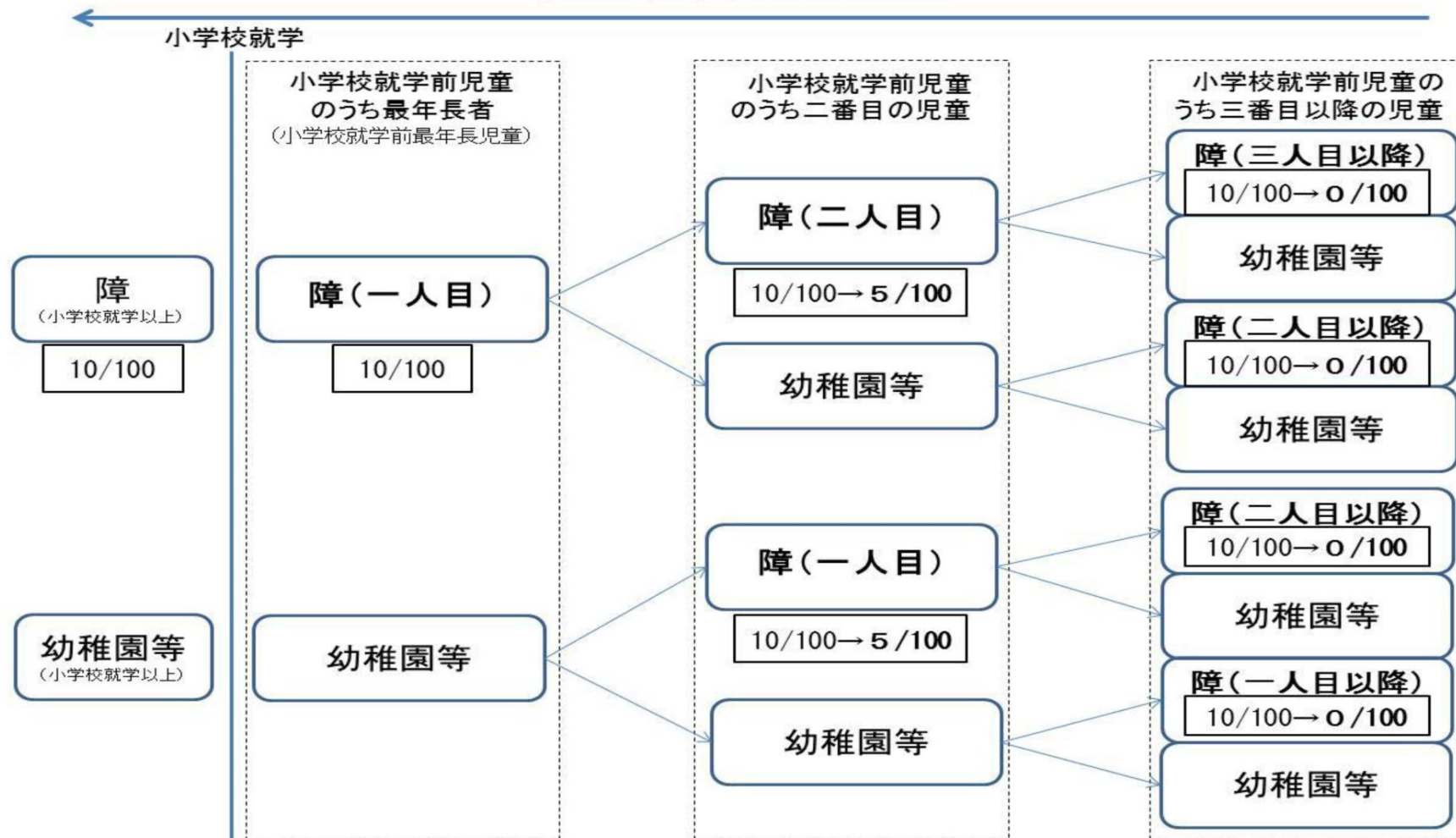
② 負担上限月額

以下の①から③までの額を合算した額と元来の障害児通所給付費に係る所得区分に応じた負担上限月額のいずれか低い額を負担上限月額とする。

|   | 障害児                           | 算定額                             |
|---|-------------------------------|---------------------------------|
| ① | 小学校就学後の障害児<br>小学校就学前児童のうち最年長者 | 厚生労働大臣が定める基準により<br>算定した額の10/100 |
| ② | ①を除く小学校就学前児童のうち<br>最年長者       | 厚生労働大臣が定める基準により<br>算定した額の5/100  |
| ③ | ①及び②以外の障害児                    | 0                               |



## 多子軽減のイメージ



【参考A-No.19】PA16 目標工賃達成加算の算定要件を満たしていません  
具体例）事業所が指定と違う加算コードで請求した。

＜事業所台帳の登録内容＞

[就継B 目標工賃達成加算Ⅲ](#)

＜事業所の請求内容＞

[就継B 目標工賃達成加算Ⅱ](#)（サービスコード 465250）

＜正しい請求内容＞

[就継B 目標工賃達成加算Ⅲ](#)（サービスコード 465251）

【参考A-No.20】PA77 重度者支援体制加算の算定要件を満たしていません  
具体例）事業所が指定と違う加算コードで請求した。

<事業所台帳の登録内容>

重度者支援体制加算（Ⅱ）

<事業所の請求内容>

就継A重度者支援体制加算Ⅰ 2（サービスコード 455811）

<正しい請求内容>

就継A重度者支援体制加算Ⅱ 2（サービスコード 455816）

【参考A-No.21】PPO8 管理結果票に存在しない事業所の明細書があります  
具体例）上限額管理結果票に関係事業所の記載が漏れた。

| 利用者負担上限額管理結果票（確認リスト）                                                                                                       |             |               |               |            |    |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------|---------------|------------|----|--------|
| 平成 2 8 年 2 月分                                                                                                              |             |               |               |            |    |        |
| 都道府県等番号                                                                                                                    | 040000      | 指定事業所番号       |               | 0450000001 |    |        |
| 受給者証番号                                                                                                                     | 0000000000  | 管理<br>事業<br>者 | 〇〇管理事業所       |            |    |        |
| 支給決定障害者等氏名                                                                                                                 | ショウガイタロウ    |               | 事業者及びその事業所の名称 |            |    |        |
| 支給決定に係る障害児氏名                                                                                                               | ショウガイハナコ    |               |               |            |    |        |
| 利用者負担上限月額                                                                                                                  |             | 4,600         | 情報作成区分        |            | 新規 |        |
| 利用者負担上限額管理結果                                                                                                               |             | 3             |               |            |    |        |
| 1 管理事業所で利用者負担額を充当したため、他事業所の利用者負担は発生しない。<br>2 利用者負担額の合算額が、負担上限月額以下のため、調整事務は行わない。<br>3 利用者負担額の合算額が、負担上限月額を超過するため、下記のとおり調整した。 |             |               |               |            |    |        |
| 利用者負担額集計・調整欄                                                                                                               | 項番          | 1             | 2             |            |    | 合計     |
|                                                                                                                            | 事業所番号       | 0450000001    | 0450000002    |            |    |        |
|                                                                                                                            | 事業所名称       | 〇〇管理事業所       | 〇〇関係事業所       |            |    |        |
|                                                                                                                            | 総費用額        | 100000        | 40000         |            |    | 140000 |
|                                                                                                                            | 利用者負担額      | 4600          | 4000          |            |    | 8600   |
|                                                                                                                            | 管理結果後利用者負担額 | 4600          | 0             |            |    | 4600   |

確認！！  
関係事業所の記載漏れがないか確認してください。

## 【参考A-No.22】PP19 実績記録票に該当するサービスが明細書にありません

説明) 実績記録票は<同受給者/同サービス提供月>の「請求明細書が返戻となった場合」「請求明細書の請求がない場合」全て返戻となります。

なお、<同受給者/同サービス提供月>の請求情報を受付した場合の「請求明細書」「実績記録票」「上限額管理票」の関係性は以下のとおりとなります。

| 主帳票の処理 |         | 関係帳票の処理                   |               |
|--------|---------|---------------------------|---------------|
| 請求明細書  | 返戻      | 実績記録票→返戻                  | 上限額管理票→決定     |
|        | 未請求     | ※1 返戻エラー                  |               |
|        | 過誤（取下げ） | 実績記録票→過誤（取下げ）<br>（自動で取下げ） | 上限額管理票→過誤されない |
| 実績記録票  | 返戻      | 請求明細書→決定※2                | 上限額管理票→決定     |
|        | 未請求     | ※3 警告エラー                  |               |
| 上限額管理票 | 返戻      | 請求明細書→決定※2                | 実績記録票→決定      |
|        | 未請求     | ※4 警告エラー                  |               |

※1「PP19」：実績記録票に該当するサービスが明細書にありません

※2 請求明細書に他の返戻エラーがない場合。

※3「PP15」：明細書のサービスに該当する実績記録票がありません

※4「PP20」：明細書に該当する上限額管理結果票が届いていません

※実績記録票のみの過誤処理はできません。また、上限額管理票は過誤ができません。

【参考A-No.23】PS63 施設外支援当月が施設外支援累計を超えています  
具体例)「累計(日/180日)」日数の入力が漏れた。

平成 28 年 月分 就労継続支援提供実績記録票 (確認リスト)

|        |            |                       |  |                |            |
|--------|------------|-----------------------|--|----------------|------------|
| 受給者証番号 | 9876543210 | 支給決定障害者等氏名<br>(障害児氏名) |  | 事業所番号          | 0419999999 |
| 契約支給量  |            |                       |  | 事業者及び<br>その事業所 | 〇〇障害事業所    |

| 日付 | 曜日 | サービス提供実績      |      |       |      |   |          |      |            | 備考 |           |
|----|----|---------------|------|-------|------|---|----------|------|------------|----|-----------|
|    |    | サービス提供<br>の状況 | 開始時間 | 終了時間  | 送迎加算 |   | 訪問支援特別加算 |      | 食事提供<br>加算 |    | 施設外<br>支援 |
|    |    |               |      |       | 往    | 復 | 提供時間     | 算定時間 |            |    |           |
| 1  | 火  |               | 8：30 | 14：30 |      |   |          |      |            | 1  | 日 報 あ り   |
| 2  | 水  |               | 8：30 | 14：30 |      |   |          |      |            | 1  | 日 報 あ り   |
| 3  | 木  |               | 8：30 | 14：30 |      |   |          |      |            | 1  | 日 報 あ り   |
| 4  | 金  |               | 8：30 | 14：30 |      |   |          |      |            | 1  | 日 報 あ り   |
|    |    |               |      |       |      |   |          |      |            |    |           |



|    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |           |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|-----------|
|    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |           |
| 合計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 回  | 施設外<br>支援 |
|    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 当月 | 16日       |
|    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 累計 | 日/180日    |

確認！！  
当月を含めた累計の日数  
を記載してください。



# 6. 「点検処理結果票」帳票レイアウト

月初「電子請求受付システム-お知らせ-」に送信。※電子請求受付システム操作マニュアル（事業所編）「3.1 お知らせ」参照

|                        |          |                      |  |           |  |                                        |  |
|------------------------|----------|----------------------|--|-----------|--|----------------------------------------|--|
| (ID:R11002)<br>障害者総合支援 |          | <b>点 検 処 理 結 果 票</b> |  |           |  | 平成28年**月**日      **頁<br>宮城県国民健康保険団体連合会 |  |
| 平成28年    * 月 受付分       |          |                      |  |           |  |                                        |  |
| 事業所番号                  | 04*****  |                      |  |           |  | エラー・警告件数                               |  |
| 事業所名                   | 〇〇〇〇〇〇〇〇 |                      |  | 障害福祉サービス費 |  | 10                                     |  |

| 到達番号               | 入力<br>ファイル名            | サービス<br>提供年月 | 都道府県等/<br>市町村番号 | 受給者証番号     | 様式※<br>レコード | 項目名称                  | 項目地    | エラー<br>コード | エラー内容                          |
|--------------------|------------------------|--------------|-----------------|------------|-------------|-----------------------|--------|------------|--------------------------------|
| 04****0<br>0000000 | 20160000000000_J00.CSV | 平成28年*月      | 04****          | 000000**** | J21<br>明細   |                       |        | EE26       | ※受付：請求サービスコードに対する契約情報が存在しません   |
| 04****0<br>0000000 | 20160000000000_J00.CSV | 平成28年*月      | 04****          | 000000**** | J12<br>基本   | 利用者負担上限月額<br>①        | 0      | E626       | ※資格：受給者台帳記載の利用者負担上限月額と一致しません   |
| 04****0<br>0000000 | 20160000000000_J00.CSV | 平成28年*月      | 04****          | 000000**** | J12<br>明細   | 決定サービスコード             | 111000 | E627       | ※資格：サービス提供量が決定支給量を超えています       |
| 04****0<br>0000000 | 20160000000000_J00.CSV | 平成28年*月      | 04****          | 000000**** | J12<br>基本   | 上限額管理事業所・<br>管理結果     | 1      | E629       | ※資格：上限額管理対象外受給者の上限額管理結果に値があります |
| 04****0<br>0000000 | 20160000000000_J00.CSV | 平成28年*月      | 04****          | 000000**** | J12<br>明細   | 決定サービスコード             | 451000 | E660       | ※資格：サービス提供日数が原則の日数を超えています      |
| 04****0<br>0000000 | 20160000000000_J00.CSV | 平成28年*月      | 04****          | 000000**** | J13<br>集計   | 特定障害者特別給付<br>費・給付費請求額 | 2000   | E670       | ※資格：補足給付対象外の受給者です              |
| 04****0<br>0000000 | 20160000000000_J00.CSV | 平成28年*月      | 04****          | 000000**** | J12<br>明細   | サービスコード               | 222131 | PA31       | ※受付：定員区分の算定要件を満たしていません         |
| 04****0<br>0000000 | 20160000000000_J00.CSV | 平成28年*月      | 04****          | 000000**** | J12<br>明細   | サービスコード               | 126665 | PB07       | ※受付：処遇改善加算の算定要件を満たしていません       |
| 04****0<br>0000000 | 20160000000000_J00.CSV | 平成28年*月      | 04****          | 000000**** | J12<br>基本   | 合計・総費用                | 37079  | PP09       | ※支給量：総費用額が上限額管理結果票と明細書で不一致     |
| 04****0<br>0000000 | 20160000000000_J00.CSV | 平成28年*月      | 04****          | 000000**** | J61<br>明細   | 算定時間数                 |        | PS30       | ※受付：算定時間数の計算値が不正です             |
|                    |                        |              |                 |            |             |                       |        |            |                                |

エラー内容が「※」で始まるものは「警告」です  
J11・・・請求書、J12・・・請求明細書、J13・・・請求明細書（GH・CH）、J14・・・請求明細書（地域相談）、J21・・・請求書（特例）、  
J22・・・請求明細書（特例）、J31・・・計画相談支援給付費請求書／サービス利用計画作成費請求書、J32・・・計画相談支援給付費請求書（特例）、  
J41・・・利用者負担上限額管理結果票、J61・・・サービス提供実績記録票



# 7. 「点検処理結果票」エラーコード一覧 ※「エラーコード」をクリックすると対応方法を示したページを表示します。

| No. | エラーコード               | エラーメッセージ                   |
|-----|----------------------|----------------------------|
| 1   | <a href="#">EE26</a> | 請求サービスコードに対する契約情報が存在しません   |
| 2   | <a href="#">EG26</a> | 受給者台帳記載の利用者負担上限月額と一致しません   |
| 3   | <a href="#">EG27</a> | サービス提供量が決定支給量を超えています       |
| 4   | <a href="#">EG28</a> | 契約支給量が決定支給量を超えています         |
| 5   | <a href="#">EG29</a> | 上限額管理対象外受給者の上限額管理結果に値があります |
| 6   | <a href="#">EG38</a> | サービス実績量が決定支給量を超えています       |
| 7   | <a href="#">EG50</a> | 明細情報の日付が決定支給期間外です          |
| 8   | <a href="#">EG60</a> | サービス提供日数が原則の日数を超えています      |
| 9   | <a href="#">EG61</a> | 該当サービスが支給決定有効期間外の契約です      |
| 10  | <a href="#">EG70</a> | 補足給付対象外の受給者です              |
| 11  | <a href="#">EG71</a> | 補足給付有効期間外の受給者です            |
| 12  | <a href="#">EG73</a> | 受給者台帳記載の補足給付額未満です          |
| 13  | <a href="#">EG87</a> | 受給者台帳記載の障害支援区分と一致しません      |
| 14  | <a href="#">EJ98</a> | 管理結果額が上限月額①より少なく設定されています   |
| 15  | <a href="#">EL09</a> | モニタリング日の年月がサービス提供年月と一致しません |
| 16  | <a href="#">EN09</a> | 請求明細書のサービス提供量が契約支給量を超えています |
| 17  | <a href="#">PA31</a> | 定員区分の算定要件を満たしていません         |
| 18  | <a href="#">PA60</a> | 初期加算のサービス開始年月日が不正です        |
| 19  | <a href="#">PA69</a> | 人員配置体制加算の算定要件を満たしていません     |
| 20  | <a href="#">PB07</a> | 処遇改善加算の算定要件を満たしていません       |

| No. | エラーコード               | エラーメッセージ                    |
|-----|----------------------|-----------------------------|
| 21  | <a href="#">PB21</a> | 処遇改善加算の加算率が不正です             |
| 22  | <a href="#">PB22</a> | 処遇改善加算のキャリアパスの算定区分が一致しません   |
| 23  | <a href="#">PB28</a> | 福祉専門職員配置等加算の算定要件が一致しません     |
| 24  | <a href="#">PB35</a> | 受給者の障害支援区分が算定要件を満たしていません    |
| 25  | <a href="#">PB46</a> | 台帳の夜間支援等体制加算対象利用者数と不一致の請求です |
| 26  | <a href="#">PJ47</a> | 指導員加配加算の算定要件を満たしていません       |
| 27  | <a href="#">PJ61</a> | 処遇改善加算のキャリアパスの算定区分が一致しません   |
| 28  | <a href="#">PJ70</a> | 指導員加配加算の算定要件が一致しません         |
| 29  | <a href="#">PJ71</a> | 有資格者配置されている事業所ではありません       |
| 30  | <a href="#">PP03</a> | 合計算定時間数が実績記録票と明細書で不一致       |
| 31  | <a href="#">PP05</a> | サービス量の契約量超過、総サービス量決定支給量超過   |
| 32  | <a href="#">PP09</a> | 総費用額が上限額管理結果票と明細書で不一致       |
| 33  | <a href="#">PP15</a> | 明細書のサービスに該当する実績記録票がありません    |
| 34  | <a href="#">PP20</a> | 明細書に該当する上限額管理結果票が届いていません    |
| 35  | <a href="#">PP40</a> | サービス提供量が契約支給量を超えています        |
| 36  | <a href="#">PS30</a> | 算定時間数の計算値が不正です              |
| 37  | <a href="#">PS87</a> | 入院または外泊時に光熱水費の単価が提供されています   |
| 38  | <a href="#">PT44</a> | 施設外支援の算定が不正です               |
| 39  | <a href="#">PT79</a> | 食事提供加算の算定が不正です              |
| 40  | <a href="#">PU13</a> | 移行準備支援体制加算の算定が不正です          |

## 8. 「点検処理結果票」エラーコード対応マニュアル

※「参考」のNoをクリックすると具体例等のページを表示します。

| No. | エラーコード | エラーメッセージ                 | 関係機関 |     |      | 原因                                                                                                                       | 対応方法                                                                                                                                            | 参考                      |
|-----|--------|--------------------------|------|-----|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|     |        |                          | 事業所  | 市町村 | 指定機関 |                                                                                                                          |                                                                                                                                                 |                         |
| 1   | EE26   | 請求サービスコードに対する契約情報が存在しません | ○    |     |      | 請求サービスコードに対する契約内容報告書が提出されていない。<br><br>具体例)<br>・簡易入力システムの「受給者情報:契約内容情報」の登録が漏れた。                                           | 「電子請求受付システム 操作マニュアル(簡易入力障害者編/障害児編):契約内容情報の登録」を確認し、簡易入力システムで契約内容を入力して契約内容報告書を提出してください。                                                           | <a href="#">・B-No.1</a> |
| 2   | EG26   | 受給者台帳記載の利用者負担上限月額と一致しません | ○    | ○   |      | 請求明細書「利用者負担上限月額①」の金額と受給者台帳「利用者負担上限月額」の金額が不一致。<br><br>具体例)<br>・事業所が「利用者負担上限月額①」金額を誤登録した。<br>・市町村が受給者台帳の「利用者負担上限月額情報」を未登録。 | 請求明細書「利用者負担上限月額①」の金額と受給者証の「負担上限月額」を確認し、内容に誤りがあった場合は必要に応じて過誤調整等の対応を行ってください。請求内容が正しければ市町村に状況を確認してください。<br>誤登録であった場合は簡易入力システム等で利用者負担上限月額を登録してください。 | <a href="#">・B-No.2</a> |

| No. | エラーコード | エラーメッセージ                   | 関係機関 |     |      | 原因                                                                                                                                                                                               | 対応方法                                                                                                                                                                                  | 参考      |
|-----|--------|----------------------------|------|-----|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
|     |        |                            | 事業所  | 市町村 | 指定機関 |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                       |         |
| 3   | EG27   | サービス提供量が決定支給量を超えています       | ○    | ○   |      | <p>請求明細書のサービス提供量が受給者台帳の決定支給量を超えている。</p> <p>具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所が受給者の心身の状況により市町村の了解を得たうえで決定支給量を超えてサービスを提供した。</li> <li>・市町村が受給者台帳に「決定支給量」を未登録。</li> </ul>          | <p>請求明細書の「サービス提供量」と受給者証の「支給量等」を確認し、内容に誤りがあった場合は必要に応じて過誤調整等の対応を行ってください。サービス提供量が決定支給量を超えていなければ市町村に状況を確認してください。</p> <p>※受給者の心身の状況により市町村の了解を得たうえで決定支給量を超えてサービスを提供した場合は、特に対応の必要はありません。</p> | ・B-No.3 |
| 4   | EG28   | 契約支給量が決定支給量を超えています         | ○    | ○   |      | <p>契約内容報告書の契約支給量が受給者台帳の決定支給量を超えている。</p> <p>具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所が「契約支給量」を誤登録した。</li> <li>・市町村が受給者台帳に「決定支給量」を未登録。</li> </ul>                                       | <p>契約内容報告書の「サービス提供量」と受給者証の「支給量等」を確認し、誤登録であった場合は簡易入力システム等で契約支給量を訂正してください。契約支給量が決定支給量を超えていなければ市町村に状況を確認してください。</p>                                                                      | ・B-No.4 |
| 5   | EG29   | 上限額管理対象外受給者の上限額管理結果に値があります | ○    | ○   |      | <p>請求明細書に「利用者負担上限額管理結果」の情報があるが、受給者台帳に「利用者負担上限額管理情報」の登録がない。</p> <p>具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所が「利用者負担上限額管理事業所」を誤登録した。</li> <li>・市町村が受給者台帳の「利用者負担上限額管理情報」を未登録。</li> </ul> | <p>受給者証の「利用者負担上限額管理対象者該当の有無/利用者負担上限額管理事業所名」を確認してください。請求内容が正しければ市町村に状況を確認してください。</p> <p>※本エラーが出た場合は同受給者で返戻等一覧表(EG17: 上限額管理対象外の受給者です)にも記載がありますので合わせてご確認ください。</p>                        |         |

| No. | エラーコード | エラーメッセージ              | 関係機関 |     |      | 原因                                                                                                                                                                                       | 対応方法                                                                                                                                                                 | 参考      |
|-----|--------|-----------------------|------|-----|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
|     |        |                       | 事業所  | 市町村 | 指定機関 |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                      |         |
| 6   | EG38   | サービス実績量が決定支給量を超えています  | ○    | ○   |      | <p>実績記録票のサービス実績量が受給者台帳の決定支給量を超えている。</p> <p>具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所が受給者の心身の状況等により市町村の了解を得たうえで決定支給量を超えてサービスを提供した。</li> <li>・市町村が受給者台帳に「決定支給量」を未登録。</li> </ul> | <p>受給者証の「支給量等」を確認し、内容に誤りがあった場合は必要に応じて過誤/再請求等を行ってください。サービス実績量が決定支給量を超えていなければ市町村に状況を確認してください。</p> <p>受給者の心身の状況等により市町村の了解を得たうえで決定支給量を超えてサービスを提供した場合は、特に対応の必要はありません。</p> | ・B-No.5 |
| 7   | EG50   | 明細情報の日付が決定支給期間外です     | ○    | ○   |      | <p>実績記録票のサービス提供日が受給者台帳の決定支給期間外となっている。</p> <p>具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所がサービス提供日を誤入力した。</li> <li>・市町村が受給者台帳の「決定支給情報」を未登録。</li> </ul>                            | <p>受給者証の「決定支給期間」を確認し、内容に誤りがあった場合は必要に応じて過誤調整等の対応を行ってください。サービス提供日が決定支給期間内であれば市町村に状況を確認してください。</p>                                                                      |         |
| 8   | EG60   | サービス提供日数が原則の日数を超えています | ○    |     |      | <p>請求明細書のサービス提供日数が原則の日数を超えている。</p> <p>具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受給者が利用日数の例外に該当している。</li> </ul>                                                                    | <p>「日中活動サービス等を利用する場合の利用日数の取扱いに係る事務処理等について」(参考B-No.6)を確認の上、内容に誤りがあった場合は市町村に連絡し過誤処理を行ってください。</p> <p>利用日数の例外に該当している場合は、特に対応の必要はありません。</p>                               | ・B-No.6 |

| No. | エラーコード | エラーメッセージ              | 関係機関 |     |      | 原因                                                                                                                                                                     | 対応方法                                                                           | 参考      |
|-----|--------|-----------------------|------|-----|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------|
|     |        |                       | 事業所  | 市町村 | 指定機関 |                                                                                                                                                                        |                                                                                |         |
| 9   | EG61   | 該当サービスが支給決定有効期間外の契約です | ○    | ○   |      | <p>契約内容報告書の契約年月日が「受給者台帳：支給決定情報」に登録されている支給決定有効期間外で提出されている。</p> <p>具体例)<br/>・事業所が簡易入力システムの「契約日」を誤登録した。<br/>・市町村が受給者台帳の「支給決定情報」を未登録。</p>                                  | 簡易入力システム等の「契約内容情報」、受給者証の「支給決定期間」を確認し、契約年月日が支給決定期間を超えていなければ市町村に状況を確認してください。     | ・B-No.7 |
| 10  | EG70   | 補足給付対象外の受給者です         | ○    | ○   |      | <p>請求明細書で「特定障害者特別給付費(補足給付)」の請求があるが、受給者台帳には「補足給付情報」、または「該当支給決定情報」の登録がない。</p> <p>具体例)<br/>・事業所が補足給付を誤請求した。<br/>・市町村が受給者台帳に「330801：共同生活援助特定障害者特別給付費対象」の支給決定情報を未登録。</p>    | 請求明細書の「特定障害者特別給付費(補足給付)」、受給者証の「特定障害者特別給付費の支給内容」を確認し、請求内容が正しければ市町村に状況を確認してください。 | ・B-No.8 |
| 11  | EG71   | 補足給付有効期間外の受給者です       | ○    | ○   |      | <p>請求明細書で「補足給付(特定障害者特別給付費)」の請求があるが、受給者台帳では補足給付に該当する決定サービスコードの支給決定期間外となっている。</p> <p>具体例)<br/>・事業所が請求月を誤入力した。<br/>・市町村が受給者台帳に「330801：共同生活援助特定障害者特別給付費対象」の支給決定情報を未登録。</p> | 請求明細書の「特定障害者特別給付費(補足給付)」、受給者証の「特定障害者特別給付費の支給内容」を確認し、請求内容が正しければ市町村に状況を確認してください。 |         |

| No. | エラーコード | エラーメッセージ                 | 関係機関 |     |      | 原因                                                                                                                                   | 対応方法                                                                                                             | 参考                                     |
|-----|--------|--------------------------|------|-----|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
|     |        |                          | 事業所  | 市町村 | 指定機関 |                                                                                                                                      |                                                                                                                  |                                        |
| 12  | EG73   | 受給者台帳記載の補足給付額未済です        | ○    | ○   |      | 実績記録票の「補足給付額(日額)」が、受給者台帳:補足給付額(日額)より低く請求されている。<br><br>具体例)<br>・事業所が簡易入力システムの特定障害者特別給付費支給日額を誤登録した。<br>・市町村が受給者台帳に「補足給付額(日額)」を誤登録。     | 受給者証の「特定障害者特別給付費の支給内容/支給額」、簡易入力システム等に登録された特定障害者特別給付費支給日額を確認し、請求内容が正しければ市町村に状況を確認してください。                          | ・B-No.9                                |
| 13  | EG87   | 受給者台帳記載の障害支援区分と一致しません    | ○    | ○   |      | 請求明細書「障害支援区分」と受給者台帳「障害支援区分」が不一致。<br><br>具体例)<br>・事業所が「障害支援区分」を誤入力した。<br>・市町村が受給者台帳に「障害支援区分」を未登録。                                     | 請求明細書の「障害支援区分」と受給者証の「障害支援区分」を確認し、請求内容が正しければ市町村に状況を確認してください。                                                      | ・B-No.10                               |
| 14  | EJ98   | 管理結果額が上限月額①より少なく設定されています | ○    |     |      | 請求明細書の「利用者負担上限額:管理結果額」が「利用者負担上限額①」より少なく設定されている。<br><br>具体例)<br>・管理結果額を誤入力した。B-No.12①<br>・高額障害福祉サービス等給付費「障害児の特例」(兄弟間調整)に対応した。B-No.12② | 参考資料を参照し、管理結果額の内容が正しいか確認してください。<br><br>※高額障害福祉サービス等給付費「障害児の特例」(兄弟間調整)に対応した請求の場合は対応の必要はありません。<br>※厚労省事務処理要領も参照のこと | ・B-No.11<br>・B-No.12<br>①②<br>・B-No.13 |

| No. | エラーコード | エラーメッセージ                   | 関係機関 |     |      | 原因                                                                                                        | 対応方法                                                                                                                                                                           | 参考                  |
|-----|--------|----------------------------|------|-----|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
|     |        |                            | 事業所  | 市町村 | 指定機関 |                                                                                                           |                                                                                                                                                                                |                     |
| 15  | EL09   | モニタリング日の年月がサービス提供年月と一致しません | ○    |     |      | 「計画相談支援給付費請求書」[障害児相談支援給付費請求書]モニタリング日の年月がサービス提供年月と不一致。<br><br>具体例)<br>・事業所が「モニタリング日」を誤入力した。                | モニタリング日はサービス利用支援の場合は「計画作成日」、継続サービス利用支援の場合は「モニタリング日」を記載することになっています。<br>サービス提供年月の設定月については市町村にお問い合わせください。                                                                         |                     |
| 16  | EN09   | 請求明細書のサービス提供量が契約支給量を超えています | ○    |     |      | 請求明細書のサービス提供量が契約支給量を超えている。<br><br>具体例)<br>・「契約支給量」を誤登録した。<br>・受給者の特別な状況により市町村の了解を得たうえで契約支給量を超えてサービスを提供した。 | 請求明細書のサービス提供量と契約内容報告書の「契約支給量」を確認してください。<br>「契約支給量」の誤登録であった場合は簡易入力システム等で契約支給量を訂正してください。<br>受給者の心身の状況により市町村の了解を得たうえで契約支給量を超えてサービスを提供した場合は、特に対応の必要はありません。                         | ・B-No.14<br>・B-No.4 |
| 17  | PA31   | 定員区分の算定要件を満たしていません         | ○    |     | ○    | 請求明細書のサービスコードが事業所台帳の定員区分と一致していない。<br><br>具体例)<br>・事業所が誤ったサービスコードで請求した。<br>・指定機関が事業所台帳の「定員区分」を未登録。         | エラーとなったサービスコードに対応した定員区分と指定を受けた定員区分を確認してください。、請求内容が正しければ指定機関(県または仙台市)に状況を確認してください。<br><br>※国保連ホームページ厚生労働省リンク<br><br>○障害者総合支援>■厚生労働省等リンク<br>>「報酬算定構造・サービスコード表等」>介護給付費等単位数サービスコード | ・B-No.13            |

| No. | エラーコード         | エラーメッセージ                                              | 関係機関 |     |      | 原因                                                                                                                                                                      | 対応方法                                                                                               | 参考       |
|-----|----------------|-------------------------------------------------------|------|-----|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|     |                |                                                       | 事業所  | 市町村 | 指定機関 |                                                                                                                                                                         |                                                                                                    |          |
| 18  | PA60<br>(PA61) | 初期加算のサービス開始年月日が不正です<br>(PA61入所時特別支援加算のサービス開始年月日が不正です) | ○    |     |      | <p>加算を算定した請求のサービス提供年月がサービス開始年月日より30日間以上経過している。</p> <p>具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス開始年月日を誤入力した。</li> <li>・入院していたため過去3か月間施設の入所が無かった。</li> </ul>  | <p>請求明細書のサービス開始年月日が加算の取り扱いに一致しているか確認してください。</p> <p>入院等で利用者が過去3月間、当該施設に入所していない場合は特に対応の必要はありません。</p> | ・B-No.15 |
| 19  | PA69           | 人員配置体制加算の算定要件を満たしていません                                | ○    |     | ○    | <p>請求明細書の人員配置体制加算コードが事業所台帳の定員区分と一致していない。</p> <p>具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所が人員配置体制加算コードの請求間違い。</li> <li>・指定機関が事業所台帳の「人員配置体制加算」を未登録。</li> </ul> | <p>エラーとなったサービスコードに対応した定員区分と指定を受けた定員区分を確認してください。請求内容が正しければ指定機関(県または仙台市)に状況を確認してください。</p>            |          |
| 20  | PB07           | 処遇改善加算の算定要件を満たしていません                                  | ○    |     | ○    | <p>事業所台帳に処遇改善加算該当事業所として登録されていない。</p> <p>具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所が処遇改善加算の該当でないにもかかわらず誤って請求した。</li> <li>・指定機関が事業所台帳に「処遇改善加算」を未登録。</li> </ul>  | <p>処遇改善加算の指定内容を確認してください。請求内容が正しければ指定機関(県または仙台市)に状況を確認してください。</p>                                   |          |



| No. | エラーコード | エラーメッセージ                  | 関係機関 |     |      | 原因                                                                                                                                                       | 対応方法                                                               | 参考 |
|-----|--------|---------------------------|------|-----|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----|
|     |        |                           | 事業所  | 市町村 | 指定機関 |                                                                                                                                                          |                                                                    |    |
| 21  | PB21   | 処遇改善加算の加算率が不正です           | ○    |     | ○    | 請求明細書の処遇改善加算率と事業所台帳の加算率が一致していない。<br><br>具体例)<br>・事業所が誤ったサービス単位を入力した。<br>・指定機関が短期入所事業所の事業所台帳に「主たるサービス種類」を未登録。                                             | 処遇改善加算率を確認してください。請求内容が正しければ指定機関(県または仙台市)に状況を確認してください。              |    |
| 22  | PB22   | 処遇改善加算のキャリアパスの算定区分が一致しません | ○    |     | ○    | 請求明細書の処遇改善加算キャリアパス算定区分と事業所台帳の算定区分が一致していない。<br><br>具体例)<br>・事業所がキャリアパス区分Ⅰの処遇改善加算サービスコード請求すべきところをキャリアパス区分Ⅱサービスコード請求で請求した。<br>・指定機関が事業所台帳に「キャリアパス算定区分」を未登録。 | 処遇改善加算キャリアパスの「算定区分」や「指定を受けた年月」を確認してください。請求内容が正しければ市町村に状況を確認してください。 |    |
| 23  | PB28   | 福祉専門職員配置等加算の算定要件が一致しません   | ○    |     | ○    | 事業所台帳に福祉専門職員配置等加算の情報が登録されていない。<br><br>具体例)<br>・事業所が「福祉専門職員配置等加算」を誤って請求した。<br>・指定機関が事業所台帳に「福祉専門職員配置等加算」を未登録。                                              | 福祉専門職員配置等加算の指定内容を確認してください。請求内容が正しければ指定機関(県または仙台市)に状況を確認してください。     |    |

| No. | エラーコード | エラーメッセージ                    | 関係機関 |     |      | 原因                                                                                                                                      | 対応方法                                                                                                                                                                        | 参考                   |
|-----|--------|-----------------------------|------|-----|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
|     |        |                             | 事業所  | 市町村 | 指定機関 |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                             |                      |
| 24  | PB35   | 受給者の障害支援区分が算定要件を満たしていません    | ○    | ○   |      | 請求明細書の請求サービス(障害支援区分)と受給者台帳の障害支援区分が一致していない。<br><br>具体例)<br>・事業所が障害支援区分「4」のサービスコード。受給者台帳の登録が障害支援区分「5」。                                    | 受給者証の「障害支援区分」、介護給付費等単位数サービスコードの「算定項目」を確認してください。請求内容が正しければ市町村に状況を確認してください。<br><br>※国保連ホームページ厚生労働省リンク<br><br>○障害者総合支援＞■厚生労働省等リンク＞「報酬算定構造・サービスコード表等」＞介護給付費等単位数サービスコード          | ・B-No.13             |
| 25  | PB46   | 台帳の夜間支援等体制加算対象利用者数と不一致の請求です | ○    |     | ○    | 請求明細書の請求サービス(夜間支援等体制加算対象利用者数)と事業所台帳の夜間支援等体制加算対象利用者数が一致していない。<br><br>具体例)<br>・事業所が「サービスコード」を誤請求した。<br>・指定機関が事業所台帳の「夜間支援等体制加算対象利用者数」を未登録。 | 夜間支援等体制加算の指定内容、介護給付費等単位数サービスコードの算定項目を確認してください。請求内容が正しければ指定機関(県または仙台市)に状況を確認してください。<br><br>※国保連ホームページ厚生労働省リンク<br><br>○障害者総合支援＞■厚生労働省等リンク＞「報酬算定構造・サービスコード表等」＞介護給付費等単位数サービスコード | ・B-No.16<br>・B-No.13 |
| 26  | PJ47   | 指導員加配加算の算定要件を満たしていません       | ○    |     | ○    | 事業所台帳に指導員加配加算該当事業所として登録されていない。<br><br>具体例)<br>・事業所が「指導員加配加算」を誤って請求した。<br>・指定機関が事業所台帳の「指導員加配加算」を未登録。                                     | 指導員加配加算の指定内容と介護給付費等単位数サービスコードの算定項目を確認してください。請求内容が正しければ指定機関(県または仙台市)に状況を確認してください。<br><br>※国保連ホームページ厚生労働省リンク<br><br>○障害者総合支援＞■厚生労働省等リンク＞「報酬算定構造・サービスコード表等」＞介護給付費等単位数サービスコード   | ・B-No.13             |

| No. | エラーコード | エラーメッセージ                  | 関係機関 |     |      | 原因                                                                                                                                                     | 対応方法                                                                                                                                                     | 参考                   |
|-----|--------|---------------------------|------|-----|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
|     |        |                           | 事業所  | 市町村 | 指定機関 |                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                          |                      |
| 27  | PJ61   | 処遇改善加算のキャリアパスの算定区分が一致しません | ○    |     | ○    | 請求明細書の処遇改善加算キャリアパス算定区分と事業所台帳の算定区分が一致していない。<br><br>具体例)<br>・事業所が「キャリアパス区分Ⅰ」のサービスコードで請求すべきところを「キャリアパス区分Ⅱ」のサービスコードで請求した。<br>・指定機関が事業所台帳の「キャリアパス算定区分」を未登録。 | 遇改善加算キャリアパスの「算定区分」や「指定を受けた年月」を確認してください。請求内容が正しければ指定機関(県または仙台市)にお問い合わせください。                                                                               |                      |
| 28  | PJ70   | 指導員加配加算の算定要件が一致しません       | ○    |     | ○    | 請求明細書「指導員加配加算」の算定内容と事業所台帳「指導員加配加算」の登録内容が一致していない。<br><br>具体例)<br>・事業所が指導員加配加算を「児童指導員以外」で請求すべきところを「児童指導員等」のサービスコードで請求した。<br>・指定機関が事業所台帳の「指導員加配加算」を未登録。   | 指導員加配加算の指定内容と介護給付費等単位数サービスコードの算定項目を確認してください。請求内容が正しければ指定機関(県または仙台市)に状況を確認してください。<br><br>※国保連ホームページ厚生労働省リンク<br><br>○障害者総合支援>■厚生労働省等リンク>「報酬算定構造・サービスコード表等」 | ・B-No.17<br>・B-No.13 |
| 29  | PJ71   | 有資格者配置されている事業所ではありません     | ○    |     | ○    | 事業所台帳で「有資格者配置」の登録がない。<br><br>具体例)<br>・事業所が「有資格者を配置した場合」のサービスコードで請求したが、事業所台帳の「有資格者配置」が未登録。                                                              | 有資格者配置加算の指定内容を確認し内容に誤りがあった場合は必要に応じて過誤調整等の対応を行ってください。請求内容が正しければ指定機関(県または仙台市)に状況を確認してください。                                                                 |                      |

| No. | エラーコード | エラーメッセージ                  | 関係機関 |     |      | 原因                                                                                                                                                 | 対応方法                                                                                                                                                                    | 参考       |
|-----|--------|---------------------------|------|-----|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|     |        |                           | 事業所  | 市町村 | 指定機関 |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                         |          |
| 30  | PP03   | 合計算定時間数が実績記録票と明細書で不一致     | ○    |     |      | 請求明細書と実績記録票で合計算定時間数が一致していない。<br><br>具体例)<br>・請求明細書を誤入力した。                                                                                          | 請求明細書と実績記録票の合計算定時間を確認してください。内容に誤りがあった場合は市町村に対応をお問い合わせください。                                                                                                              | ・B-No.18 |
| 31  | PP05   | サービス量の契約量超過、総サービス量決定支給量超過 | ○    | ○   |      | サービス量が契約内容報告書の契約支給量を超過している。<br>他事業所と合計した「総サービス量」が受給者台帳の決定支給量を超過している。<br><br>具体例)<br>・サービス量を誤入力した。<br>・受給者の心身の状況により市町村の了解を得たうえで決定支給量を超過してサービスを提供した。 | 受給者証の「支給量等」を確認し、内容に誤りがあった場合は必要に応じて過誤調整等の対応を行ってください。<br>サービス提供量が受給者証の支給量を超過していなければ市町村に状況を確認してください。<br><br>※受給者の心身の状況により市町村の了解を得たうえで決定支給量を超過してサービスを提供した場合は、特に対応の必要はありません。 |          |
| 32  | PP09   | 総費用額が上限額管理結果票と明細書で不一致     | ○    |     |      | 請求明細書の総費用額と上限額管理結果票の総費用額が一致していない。<br><br>具体例)<br>・上限額管理事業所が上限額管理結果票の関係事業所総費用額を訂正前の金額で請求した。                                                         | 上限額管理事業所と関係事業所が総費用額を確認してください。                                                                                                                                           | ・B-No.19 |

| No. | エラーコード | エラーメッセージ                 | 関係機関 |     |      | 原因                                                                                                                                                                                                  | 対応方法                                                                                                                                                        | 参考       |
|-----|--------|--------------------------|------|-----|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|     |        |                          | 事業所  | 市町村 | 指定機関 |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                             |          |
| 33  | PP15   | 明細書のサービスに該当する実績記録票がありません | ○    |     |      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・明細書のサービスに該当する実績記録票が提出されていない。</li> <li>・実績記録票が返戻となっている。</li> </ul> 具体例)<br><ul style="list-style-type: none"> <li>・データ送信時「実績記録票情報」のデータ選択が漏れた。</li> </ul>     | 実績記録票の提出状況、返戻状況を確認してください。                                                                                                                                   |          |
| 34  | PP20   | 明細書に該当する上限額管理結果票が届いていません | ○    |     |      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・明細書に該当する上限額管理結果票が提出されていない。</li> <li>・上限額管理結果票が返戻となっている。</li> </ul> 具体例)<br><ul style="list-style-type: none"> <li>・データ送信時「上限額管理結果票情報」のデータ選択が漏れた。</li> </ul> | 上限額管理結果票の提出状況、返戻状況を確認してください。                                                                                                                                |          |
| 35  | PP40   | サービス提供量が契約支給量を超えています     | ○    |     |      | 請求明細書のサービス提供量が契約支給量の支給決定量を超えている。<br><br>具体例)<br><ul style="list-style-type: none"> <li>・簡易入力システムの「契約支給量」を未登録。</li> <li>・受給者の特別な状況により市町村の了解を得たうえで契約支給量を超えてサービスを提供した。</li> </ul>                      | 請求明細書のサービス提供量と契約内容報告書の「契約支給量」を確認してください。<br>「契約支給量」の誤登録であった場合は簡易入力システム等で契約支給量を訂正してください。<br><br>※受給者の心身の状況により市町村の了解を得たうえで契約支給量を超えてサービスを提供した場合は、特に対応の必要はありません。 | ・B-No.14 |

| No. | エラーコード | エラーメッセージ                  | 関係機関 |     |      | 原因                                                                                                                          | 対応方法                                                                                                                                                                                                                                      | 参考                           |
|-----|--------|---------------------------|------|-----|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
|     |        |                           | 事業所  | 市町村 | 指定機関 |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                           |                              |
| 36  | PS30   | 算定時間数の計算値が不正です            | ○    |     |      | <p>実績記録票のサービス「開始時間～終了時間」「算定時間数」等の計算値が違う。</p> <p>具体例)<br/>・「開始時間」「終了時間」を誤入力した。</p>                                           | <p>厚労省HP「サービス提供実績記録票(記載例)」等を参照の上、「開始時間～終了時間」と「算定時間数」等の計算値を確認してください。簡易入力システムの操作内容が不明な場合は国保連に、算定内容が不明な場合や誤りがあった場合は市町村に対応をお問い合わせください。</p> <p>※国保連ホームページ厚生労働省リンク</p> <p>○障害者総合支援&gt;■厚生労働省等リンク&gt;「報酬算定構造・サービスコード表等」&gt;介サービス提供実績記録票(記載例)</p> | <p>・B-No.20<br/>・B-No.13</p> |
| 37  | PS87   | 入院または外泊時に光熱水費の単価が提供されています | ○    |     |      | <p>実績記録票サービス提供の状況が「入院または外泊」で「光熱水費」が算定されている。</p> <p>具体例)<br/>・「光熱水費」を誤って算定した。<br/>・算定する状況があつて請求した。</p>                       | <p>算定内容を確認し、内容に誤りがあった場合は市町村に対応をお問い合わせください。</p>                                                                                                                                                                                            | <p>・B-No.21</p>              |
| 38  | PT44   | 施設外支援の算定が不正です             | ○    |     |      | <p>就労継続支援提供実績記録票で「施設外支援」の記録がある日付に「開始・終了時間」が記録されている。</p> <p>具体例)<br/>・「開始・終了時間」を誤って記録した。<br/>・就労継続支援サービス提供時間外に施設外支援を行った。</p> | <p>「施設外支援」を行った日は「開始・終了時間」の記載は不要です。</p>                                                                                                                                                                                                    | <p>・B-No.22</p>              |

| No. | エラーコード | エラーメッセージ           | 関係機関 |     |      | 原因                                                                                                                                                                                                                                                            | 対応方法                                                                                                                             | 参考       |
|-----|--------|--------------------|------|-----|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
|     |        |                    | 事業所  | 市町村 | 指定機関 |                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                  |          |
| 39  | PT79   | 食事提供加算の算定が不正です     | ○    |     |      | <p>就労継続支援提供実績記録票で「施設外支援」または「欠席」の記録がある日付に「食事提供加算」が記録されている。</p> <p>就労移行支援提供実績記録票で「移行準備支援体制加算」または「欠席」の記録がある日付に「食事提供加算」が記録されている。</p> <p>具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「食事提供加算」を誤って記録した。</li> <li>・就労継続支援サービスと施設外支援を同日に行ったため食事を提供した。</li> </ul> | <p>サービス提供の状況が「欠席」「施設外支援」「移行準備支援体制加算」と同一日に食事提供加算の算定がある場合に確認の意味で本エラーメッセージが出力されます。</p> <p>食事提供の状況を確認し請求内容に問題が無ければ特に対応の必要はありません。</p> | ・B-No.23 |
| 40  | PU13   | 移行準備支援体制加算の算定が不正です | ○    |     |      | <p>就労移行支援提供実績記録票で「移行準備支援体制加算」の記録がある日付に「開始・終了時間」が記録されている。</p> <p>具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「移行準備支援体制加算」を誤って記録した。</li> <li>・就労移行支援サービス提供時間外に求職活動を行った。</li> </ul>                                                                         | <p>移行準備支援体制加算が算定される支援を行った日は「開始・終了時間」の記載は不要です。</p>                                                                                | ・B-No.24 |

9. 「点検処理結果票」 参考

【参考B-No.1】 EE26 請求サービスコードに対する契約情報が存在しません  
具体例) 簡易入力システムの「受給者情報：契約内容情報」の登録が漏れた。

【簡易入力システム画面】

入力!!

障害福祉サービス 電子請求受付システム (簡易入力) - 契約内容情報保守

ファイル(E) バージョン(V) ヘルプ(H)

契約内容情報保守

※は必須入力項目です

事業所名 〇41〇〇事業所

受給者証番号※ 0000000001 ? 〇〇受給者 1

障害児氏名 〇〇受給者障害児 1

市町村名 〇〇市 1

登録

クリア

戻る

明細追加

明細修正

明細削除

明細クリア

契約内容の報告

No. 事業者記入欄番号※ サービス内容※ 契約支給量※

1 111000 ? 居宅介護 身体介護決定 20 時間

契約開始日※ 契約終了日

平成 27 年 7 月 1 日 平成 28 年 6 月 30 日

選択 No. 事業者記入欄番号 サービス内容 原則の日数 契約支給量 契約開始日 契約終了日

|    |   |        |                    |       |             |             |
|----|---|--------|--------------------|-------|-------------|-------------|
| 1  | 1 | 111000 | 居宅介護 身体介護決定        | 20 時間 | 平成27年07月01日 | 平成28年06月30日 |
| 2  | 1 | 112000 | 居宅介護 家事援助決定        | 20 時間 | 平成27年07月01日 | 平成28年06月30日 |
| 3  | 1 | 114000 | 居宅介護通院介助 (身体介護伴... | 20 時間 | 平成27年07月01日 | 平成28年06月30日 |
| 4  | 1 | 115000 | 居宅介護通院等乗降介助決定      | 20 回  | 平成27年07月01日 | 平成28年06月30日 |
| 5  | 1 | 120901 | 重度訪問介護加算移動介護       | 20 時間 | 平成27年07月01日 | 平成28年06月30日 |
| 6  | 1 | 131000 | 行動援護基本決定           | 20 時間 | 平成27年07月01日 | 平成28年06月30日 |
| 7  | 1 | 151000 | 同行援護 (身体介護伴う) 決定   | 10 時間 | 平成27年07月01日 | 平成28年06月30日 |
| 8  | 1 | 211000 | 療養介護基本決定           |       | 平成27年07月01日 | 平成28年06月30日 |
| 9  | 1 | 221000 | 生活介護基本決定           | ○     | 平成27年07月01日 | 平成28年06月30日 |
| 10 | 1 | 241000 | 短期入所障害者決定          | 10 日  | 平成27年07月01日 | 平成28年06月30日 |

契約内容 (障害福祉サービス受給者証記載事項) 報告書 (確認リスト)

平成 28 年 2 月 10 日

〒999-9999

宮城県〇〇〇〇〇〇

〇〇〇 様

|                        |            |
|------------------------|------------|
| 事業者番号                  | 0419999999 |
| 事業者及びその事業所の名称<br>代 表 者 | 〇〇障害事業所    |

下記のとおり当事業者との契約内容(障害福祉サービス受給者証記載事項)について報告します。

記

|    |                  |
|----|------------------|
| 月分 |                  |
|    |                  |
|    | 支給決定に係る<br>障害児氏名 |

契約内容の報告

| 受給者証の<br>事業者記入欄<br>の番号 | サービス内容  | 契約支給量 | 契約開始年月日         | 契約終了年月日          |
|------------------------|---------|-------|-----------------|------------------|
| 1                      | 家 事 援 助 | 10 時間 | 平成 28 年 1 月 1 日 | 平成 29 年 1 月 31 日 |

「電子請求受付システム 操作マニュアル (簡易入力障害者編/障害児編)：契約内容情報の登録」  
を確認し、簡易入力システムで契約内容を入力して契約内容報告書を提出してください。

簡易入力システム：メインメニュー＞基本情報設定＞契約内容情報入力

-65-



○契約情報の設定が必要なサービス ※支払等システム点検の手引き支払等業務編（抜粋）

## 【障害福祉サービス】

| 契約情報の設定が必要なサービス |          |            | 決定コード  | 必須(※1) | 決定コード名称(参考)                |
|-----------------|----------|------------|--------|--------|----------------------------|
| 11              | 居宅介護     | 身体介護       | 111000 | ◎      | 居宅介護 身体介護決定                |
|                 |          | 家事援助       | 112000 | ◎      | 居宅介護 家事援助決定                |
|                 |          | 通院介助(伴う)   | 113000 | ◎      | 居宅介護 通院介助(身体介護伴う)決定        |
|                 |          | 通院介助(伴ず)   | 114000 | ◎      | 居宅介護 通院介助(身体介護伴わない)決定      |
|                 |          | 通院乗降介助     | 115000 | ◎      | 居宅介護 通院等乗降介助決定             |
| 12              | 重度訪問介護   | 重度訪問介護     | 121000 | ◎      | 重度訪問介護 15%加算対象者決定(※4)      |
|                 |          |            |        |        | 重度訪問介護 重度障害者等包括支援対象者決定(※5) |
|                 |          |            | 122000 | ◎      | 重度訪問介護 7.5%加算対象者決定(※4)     |
|                 |          |            |        |        | 重度訪問介護 障害支援区分6該当者決定(※5)    |
|                 |          | 重度訪問加算移動介護 | 123000 | ◎      | 重度訪問介護 その他決定               |
| 13              | 行動援護     |            | 131000 | ◎      | 行動援護 基本決定                  |
| 15              | 同行援護     | 同行(伴う)(※2) | 151000 | ◎      | 同行援護(身体介護伴う)決定             |
|                 |          | 同行(伴ず)(※2) | 152000 | ◎      | 同行援護(身体介護伴わない)決定           |
| 22              | 生活介護     |            | 221000 | ○      | 生活介護 基本決定                  |
|                 |          |            | 222000 | ○      | 生活介護 経過的措置対象者決定            |
| 23              | 児童デイ(※3) |            | 231000 | ○      | 児童デイ基本決定                   |

|    |             |        |   |                       |
|----|-------------|--------|---|-----------------------|
| 24 | 短期入所        | 241000 | ◎ | 短期入所 障害者決定            |
|    |             | 242000 | ◎ | 短期入所 障害者医療型(療養介護)決定   |
|    |             | 243000 | ◎ | 短期入所 障害者医療型(その他)決定    |
|    |             | 244000 | ◎ | 短期入所 障害児決定            |
|    |             | 245000 | ◎ | 短期入所 障害児医療型(重心)決定     |
|    |             | 246000 | ◎ | 短期入所 障害児医療型(その他)決定    |
| 41 | 自立訓練(機能)    | 411000 | ○ | 自立訓練(機能訓練)基本決定        |
|    |             | 412000 | ○ | 自立訓練(機能訓練)基本決定(視覚障害)  |
| 42 | 自立訓練(生活)    | 421000 | ○ | 自立訓練(生活訓練)基本決定        |
|    |             | 420905 | ○ | 自立訓練(生活訓練)加算短期滞在加算対象者 |
| 43 | 就労移行支援      | 431000 | ○ | 就労移行支援基本決定            |
| 44 | 就労移行(養成)    | 441000 | ○ | 就労移行支援(養成施設)基本決定      |
| 45 | 就労継続 A      | 451000 | ○ | 就労継続支援A型基本決定          |
| 46 | 就労継続 B      | 461000 | ○ | 就労継続支援B型基本決定          |
| 82 | 旧身体通所更生(※3) | 820000 | ○ | 旧身体通所更生基本決定           |
| 84 | 旧身体通所療護(※3) | 840000 | ○ | 旧身体通所療護基本決定           |
| 86 | 旧身体通所授産(※3) | 860000 | ○ | 旧身体通所授産基本決定           |
| 92 | 旧知的通所更生(※3) | 920000 | ○ | 旧知的通所更生基本決定           |
| 94 | 旧知的通所授産(※3) | 940000 | ○ | 旧知的通所授産基本決定           |

※1 ◎:常に提出が必要 ○:決定支給量と契約支給量が異なる場合に提出が必要

※2 サービス提供年月が平成 23 年 10 月以降使用する

※3 サービス提供年月が平成 24 年 4 月以降使用しない

※4 サービス提供年月が平成 27 年 3 月以前の場合

※5 サービス提供年月が平成 27 年 4 月以降の場合

契約情報レコードの必須設定に関する補足説明

日中活動系サービスにおいては、受給者証で支給決定された支給量と、サービス事業者との契約支給量が異なる場合のみ契約情報レコードの設定が必要である。

例:受給者証に支給決定された支給量(23 日)に対して、A事業所との間で 12 日/月と利用契約した場合等

**【障害児支援】**

| 契約情報の設定が必要なサービス |            | 決定コード  | 必須(※1) | 決定コード名称(参考)             |
|-----------------|------------|--------|--------|-------------------------|
| 61              | 児童発達支援     | 611000 | ○      | 児童発達支援基本決定              |
|                 |            | 612000 | ○      | 児童発達支援基本決定(難聴児)         |
|                 |            | 613000 | ○      | 児童発達支援基本決定(重症心身障害児)     |
| 62              | 医療型児童発達支援  | 621000 | ○      | 医療型児童発達支援基本決定(肢体不自由児)   |
|                 |            | 622000 | ○      | 医療型児童発達支援基本決定(重症心身障害児)  |
| 63              | 放課後等デイサービス | 631000 | ○      | 放課後等デイサービス基本決定          |
|                 |            | 632000 | ○      | 放課後等デイサービス基本決定(重症心身障害児) |
| 64              | 保育所等訪問支援   | 641000 | ○      | 保育所等訪問支援基本決定            |

※1 ◎:常に提出が必要 ○:決定支給量と契約支給量が異なる場合に提出が必要

契約情報レコードの必須設定に関する補足説明

受給者証で支給決定された支給量と、サービス事業者との契約支給量が異なる場合のみ契約情報レコードの設定が必要である。

例:受給者証に支給決定された支給量(23 日)に対して、A事業所との間で 12 日/月と利用契約した場合等

【参考B-No.2】EG26 受給者台帳記載の利用者負担上限月額と一致しません  
 具体例) 事業所が「利用者負担上限月額①」金額を誤登録した。

### 介護給付費・訓練等給付費等明細書(確認リスト)

(居宅介護、行動援護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援、児童デイサービス、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、旧法施設支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援)

|                   |            |              |                     |            |       |
|-------------------|------------|--------------|---------------------|------------|-------|
| 市町村番号             | 040000     | 平成 28 年 2 月分 |                     |            |       |
| 助成自治体番号           |            |              |                     |            |       |
| 受給者証番号            | 9876543210 | 請求           | 指定事業所番号             | 0419999999 |       |
| 支給決定障害者等氏名        | ショウガイタロウ氏  | 事業所名称        | 〇〇障害事業所             |            |       |
| 支給決定に係る障害児氏名      |            |              | 地域区分                | 五級地        |       |
|                   |            |              | 就労継続支援A型事業者負担減免措置実施 |            | 無し    |
| 利用者負担上限月額 ①       |            | 37,200       | 就労継続支援A型減免対象者       |            | 無し    |
| 利用者負担上限額<br>管理事業所 | 指定事業所番号    |              |                     |            |       |
|                   | 事業所名称      |              | 管理結果                |            | 管理結果額 |

確認！！

請求明細書「利用者負担上限月額①」の金額と受給者証の「負担上限月額」を確認し、内容に誤りがあった場合は必要に応じて過誤調整等の対応を行ってください。金額が正しければ市町村に状況を確認してください。

## 【簡易入力システム画面】

障害福祉サービス 電子請求受付システム（簡易入力） - 受給者情報保守&支給決定情報保守

ファイル(E)

簡易入力システムの登録誤りであった場合は、基本情報設定で正しい負担上限月額を登録してください。

簡易入力システム：メインメニュー＞基本情報設定＞受給者情報入力＞利用者負担上限月額

支給決定  
障害者

障害児

氏名 ○○受給者障害児 1

生年月日 昭和 40 年 1 月 1 日 性別 女

登録！！

受給者情報(詳細)

全情報 障害支援区分 計画相談支援給付費/サービス利用計画作成費 特定障害者特別給付費 **※ 利用者負担上限月額** 食事提供体制加算 利用者負担上限額管理

No. 3

負担上限月額 ※ 円 所得区分

適用期間 ※ 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

| 選択 | No. | 負担上限月額 | 所得区分 | 適用期間        |             |
|----|-----|--------|------|-------------|-------------|
|    |     |        |      | 開始年月日       | 終了年月日       |
| ▶  | 1   | 37,200 | 一般 2 | 平成27年07月01日 | 平成28年06月30日 |
|    | 2   | 37,200 | 一般 2 | 平成28年07月01日 | 平成27年06月30日 |

明細追加  
明細修正  
明細削除  
明細クリア

s20150420015 v2.18.1

【参考B-No.3】EG27 サービス提供量が決定支給量を超えています  
(確認)

### 介護給付費・訓練等給付費等明細書(確認リスト)

(居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、重度障害者等包括支援、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援)

|         |        |
|---------|--------|
| 市町村番号   | 040000 |
| 助成自治体番号 |        |

|              |            |
|--------------|------------|
| 受給者証番号       | 9876543210 |
| 支給決定障害者等氏名   | ショウカイトウ    |
| 支給決定に係る障害児氏名 |            |

請求明細書の「サービス提供量」と受給者証の「支給量等」を確認し、内容に誤りがあった場合は必要に応じて過誤調整等の対応を行ってください。サービス提供量が決定支給量を超えていなければ市町村に状況を確認してください。

※受給者の心身の状況により市町村の了解を得たうえで決定支給量を超えてサービスを提供した場合は、特に対応の必要はありません。

|             |               |   |   |
|-------------|---------------|---|---|
| 利用者負担上限月額 ① | 就労継続支援A型減免対象者 | 無 | し |
|-------------|---------------|---|---|

|                   |         |  |      |  |       |  |
|-------------------|---------|--|------|--|-------|--|
| 利用者負担上限額<br>管理事業所 | 指定事業所番号 |  |      |  |       |  |
|                   | 事業所名称   |  | 管理結果 |  | 管理結果額 |  |

|            |    |       |                 |       |          |      |      |      |  |
|------------|----|-------|-----------------|-------|----------|------|------|------|--|
| サービス<br>種別 | 15 | 開始年月日 | 平成 27 年 2 月 1 日 | 終了年月日 | 平成 年 月 日 | 利用日数 |      | 外泊日数 |  |
|            |    | 開始年月日 | 平成 年 月 日        | 終了年月日 | 平成 年 月 日 | 利用日数 |      | 外泊日数 |  |
|            |    | 開始年月日 | 平成 年 月 日        | 終了年月日 | 平成 年 月 日 | 利用日数 | 入院日数 | 外泊日数 |  |

確認！！

| 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 |
|--------|------------|---------|-----|----|---------|----|
|        | 同行援護1日中2.5 | 151127  | 755 | 1  | 755     |    |
|        | 同行援護1日中3.0 | 151131  | 839 | 2  | 1678    |    |
|        |            |         |     |    |         |    |
|        |            |         |     |    |         |    |

決定支給量 8 時間  
サービス提供量 8.5 時間



【参考B-No.4】EG28 契約支給量が決定支給量を超えています

ENO9 請求明細書のサービス提供量が契約支給量を超えています

具体例) 事業所が「契約支給量」情報を誤登録した。

契約内容 (障害福祉サービス受給者証記載事項) 報告書 (確認リスト)

受給者証の「支給量等」を確認し、契約支給量が決定支給量を超えていなければ市町村に状況を確認してください。

下記のとおり当事業所との契約内容(障害福祉サービス受給者証記載事項)について報告します。

記

平成 28 年 1 月分

報告対象者

受給者証番号 9876543210

支給決定障害者  
(保護者)氏名 ショウカ イタロウ

確認！！

契約内容の報告

| 受給者証の<br>事業者記入欄<br>の番号 | サービス内容 | 契約支給量 | 契約開始年月日         | 契約終了年月日          |
|------------------------|--------|-------|-----------------|------------------|
| 1                      | 家事援助   | 10 時間 | 平成 28 年 1 月 1 日 | 平成 29 年 1 月 31 日 |

契約支給量の誤登録であった場合は、簡易入力システム契約内容情報入力画面で契約支給量を訂正してください。

簡易入力システム：メインメニュー＞基本情報設定＞契約内容情報入力

【簡易入力システム画面】

訂正！！

障害福祉サービス 電子請求受付システム (簡易入力) - 契約内容情報保守

ファイル(E) バージョン(V) ヘルプ(H)

契約内容情報保守 ※は必須入力欄です

事業所名 04100事業所  
受給者証番号 0000000001 ? ○○受給者 1 障害児氏名 ○○受給者障害児 市町村名 ○○市

契約内容の報告

| No. | 事業者記入欄番号 | サービス内容                 | 契約開始日           | 契約終了日            | 契約支給量 |
|-----|----------|------------------------|-----------------|------------------|-------|
| 2   | 1        | 112000 [?] 居宅介護 家事援助決定 | 平成 27 年 7 月 1 日 | 平成 28 年 6 月 30 日 | 20 時間 |

選択 No. 事業者記入欄番号 サービス内容 原則の回数 契約支給量 契約開始日 契約終了日

|    |   |                           |       |             |             |
|----|---|---------------------------|-------|-------------|-------------|
| 1  | 1 | 111000 居宅介護 身体介護決定        | 20 時間 | 平成27年07月01日 | 平成28年06月30日 |
| 2  | 1 | 112000 居宅介護 家事援助決定        | 20 時間 | 平成27年07月01日 | 平成28年06月30日 |
| 3  | 1 | 114000 居宅介護通院介助 (身体介護伴... | 20 時間 | 平成27年07月01日 | 平成28年06月30日 |
| 4  | 1 | 115000 居宅介護通院等乗降介助決定      | 20 回  | 平成27年07月01日 | 平成28年06月30日 |
| 5  | 1 | 120901 重度訪問介護加算移動介護       | 20 時間 | 平成27年07月01日 | 平成28年06月30日 |
| 6  | 1 | 131000 行動援護基本決定           | 20 時間 | 平成27年07月01日 | 平成28年06月30日 |
| 7  | 1 | 151000 同行援護 (身体介護伴う) 決定   | 10 時間 | 平成27年07月01日 | 平成28年06月30日 |
| 8  | 1 | 211000 療養介護基本決定           | ○     | 平成27年07月01日 | 平成28年06月30日 |
| 9  | 1 | 221000 生活介護基本決定           | ○     | 平成27年07月01日 | 平成28年06月30日 |
| 10 | 1 | 241000 短期入所障害者決定          | 10 日  | 平成27年07月01日 | 平成28年06月30日 |

登録 クリア 戻る 明細追加 明細修正 明細削除 明細クリア

【参考B-No.5】EG38 サービス実績量が決定支給量を超えています  
確認例)

平成28年○月分 同行援護サービス提供実績記録票（確認リスト）

|            |            |                       |  |                |            |
|------------|------------|-----------------------|--|----------------|------------|
| 受給者証<br>番号 | 9876543210 | 支給決定障害者等氏名<br>(障害児氏名) |  | 事業所番号          | 0419999999 |
| 契約支給量      |            |                       |  | 事業者及び<br>その事業所 | 〇〇障害事業所    |

| 提供<br>通番 | 日付 | 曜日 | 回数 | サービス<br>内容   | 運転 | ヘルパー<br>資格 | サービス提供時間 |       | 算定時間 | 派遣<br>人数 | 前月継続<br>サービス | 備考 |
|----------|----|----|----|--------------|----|------------|----------|-------|------|----------|--------------|----|
|          |    |    |    |              |    |            | 開始時間     | 終了時間  |      |          |              |    |
| 1        | 12 | 土  | 1  | 同行援護（身体介護伴う） |    | 初任者等       | 9:30     | 12:30 | 3.0  | 1        |              |    |
| 2        | 27 | 日  | 1  | 同行援護（身体介護伴う） |    | 初任者等       | 9:30     | 12:30 | 3.0  | 1        |              |    |
| 3        | 28 | 月  | 1  | 同行援護（身体介護伴う） |    | 初任者等       | 10:00    | 12:30 | 2.5  | 1        |              |    |

|    |           | 内訳（適用単価別） |     |     | 算定<br>時間数計 |
|----|-----------|-----------|-----|-----|------------|
|    |           | 100%      | 90% | 70% |            |
| 合計 | 身体介護を伴う   | 8.5       |     |     | 8.5        |
|    | 身体介護を伴わない |           |     |     |            |

確認！！

決定支給量 8 時間

サービス提供量 8.5 時間



【参考B-No.6】日中活動サービス等を利用する場合の「原則の日数」について

- 日中活動サービス等を利用する場合の利用日数の取扱いに係る事務処理等について（平成 18 年 9 月 28 日障障発第 0928001 号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長通知）

（変更点は下線部）

| 改 正 前                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 改 正 後                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>障障発第 0928001 号<br/>平成 18 年 9 月 28 日</p> <p>各 都道府県障害保健福祉主管部(局)長 殿</p> <p>厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部<br/>障害福祉課長</p> <p>日中活動サービス等を利用する場合の利用日数の取扱いに係る<br/>事務処理等について</p> <p>平成 18 年 4 月から利用実績払い(日額報酬)を導入したことに伴い、通所による指定施設支援の利用日数については、原則として、各月の日数から 8 日を控除した日数(以下「原則の日数」という。)を限度として利用することとしているところであり、その支給決定の取扱いについては、別途お知らせしているところであるが、原則の日数を超えて利用する場合の事務処理等については、下記により取り扱うこととし、平成 18 年 10 月から適用することとするので、ご了承の上、貴管内市町村及び関係機関等に周知願いたい。</p> | <p>障障発第 0928001 号<br/>平成 18 年 9 月 28 日<br/><u>一部改正 障障発 0330 第 1 号</u><br/><u>平成 24 年 3 月 30 日</u></p> <p>各 都道府県障害保健福祉主管部(局)長 殿</p> <p>厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部<br/>障害福祉課長</p> <p>日中活動サービス等を利用する場合の利用日数の取扱いに係る<br/>事務処理等について</p> <p>平成 18 年 4 月から利用実績払い(日額報酬)を導入したことに伴い、通所による指定施設支援の利用日数については、原則として、各月の日数から 8 日を控除した日数(以下「原則の日数」という。)を限度として利用することとしているところであり、その支給決定の取扱いについては、別途お知らせしているところであるが、原則の日数を超えて利用する場合の事務処理等については、下記により取り扱うこととし、平成 18 年 10 月から適用することとするので、ご了承の上、貴管内市町村及び関係機関等に周知願いたい。</p> |

| 記                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 記                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1 対象サービス</p> <p>支給量の決定について「原則の日数」を上限とする対象サービスについては、生活介護、自立訓練(機能訓練・生活訓練を含み、宿泊型自立訓練を除く)、就労移行支援、<u>就労継続支援(A型・B型)及び旧法施設支援(通所)</u>(以下「日中活動サービス等」という。)とする。</p> <p>なお、複数の日中活動サービス等を組み合わせて支給決定する場合については、当該複数の日中活動サービス等の支給量の合計が「原則の日数」以下である必要があること。</p> <p>2 利用日数の原則と例外</p> <p>(1) 原則</p> <p>一人の障害者が一月に日中活動サービス等を利用できる日数は、「原則の日数」を基本とするものとする。</p> <p>(2) 例外</p> <p>① 日中活動サービス等の事業運営上の理由から、「原則の日数」を超える支援が必要となる場合は、都道府県知事に届け出ることにより、当該事業者等が特定する3か月以上1年以内の期間(以下、「対象期間」という。)において、利用日数の合計が「原則の日数」の総和の範囲内であれば利用することができるものとする。</p> <p>② 平成18年3月現在、既に支援費制度において、恒常的に週6日の利用など、「原則の日数」を超えて利用している場合については、平成19年3月末日までは「原則の日数」を超えて利用することができるものとする。</p> | <p>1 対象サービス</p> <p>支給量の決定について「原則の日数」を上限とする対象サービスについては、生活介護、自立訓練(機能訓練・生活訓練を含み、宿泊型自立訓練を除く)、就労移行支援<u>及び就労継続支援(A型・B型)</u>(以下「日中活動サービス等」という。)とする。</p> <p>なお、複数の日中活動サービス等を組み合わせて支給決定する場合については、当該複数の日中活動サービス等の支給量の合計が「原則の日数」以下である必要があること。</p> <p>2 利用日数の原則と例外</p> <p>(1) 原則</p> <p>一人の障害者が一月に日中活動サービス等を利用できる日数は、「原則の日数」を基本とするものとする。</p> <p>(2) 例外</p> <p>① 日中活動サービス等の事業運営上の理由から、「原則の日数」を超える支援が必要となる場合は、都道府県知事に届け出ることにより、当該事業者等が特定する3か月以上1年以内の期間(以下、「対象期間」という。)において、利用日数の合計が「原則の日数」の総和の範囲内であれば利用することができるものとする。</p> <p>② 平成18年3月現在、既に支援費制度において、恒常的に週6日の利用など、「原則の日数」を超えて利用している場合については、平成19年3月末日までは「原則の日数」を超えて利用することができるものとする。</p> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>③ 上記①及び②に該当しない場合であっても、心身の状態が不安定である、介護者が不在で特に支援の必要があるなど、利用者の状態等に鑑み、市町村が必要と判断した場合には、「原則の日数」を超えて利用することができるものとする。</p> <p>3 事務処理について</p> <p>(1) 上記2の(2)の例外の①の場合</p> <p>① 日中活動サービス等の事業者等における事務</p> <p>ア 必要性の見込み</p> <p>日中活動サービス等の事業者等においては、年間事業計画等を踏まえ、「原則の日数」を超える支援が必要となると判断した場合には、都道府県知事に届出を行うこと。</p> <p>イ 届出の内容</p> <p>(ア) 届出対象となるサービス</p> <p>平成18年10月1日以降、「原則の日数」を超えて支援を行う必要がある日中活動サービス等</p> <p>(イ) 届出が必要な事項</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 対象期間</li><li>・ 特例の適用を受ける必要性</li></ul> <p>(ウ) 届出方法</p> <p>届出は年1回とし、対象期間の前月末日までに届け出ること。</p> <p>ただし、平成18年7月25日付事務連絡「通所施設を利用する場合の利用日数の取扱いに係る事務処理等について」(以下、「平成18年7月25日付事務連絡」という。)に基づき、既に届出を行っている施設については再提出の必要はないこと。</p> | <p>③ 上記①及び②に該当しない場合であっても、心身の状態が不安定である、介護者が不在で特に支援の必要があるなど、利用者の状態等に鑑み、市町村が必要と判断した場合には、「原則の日数」を超えて利用することができるものとする。</p> <p>3 事務処理について</p> <p>(1) 上記2の(2)の例外の①の場合</p> <p>① 日中活動サービス等の事業者等における事務</p> <p>ア 必要性の見込み</p> <p>日中活動サービス等の事業者等においては、年間事業計画等を踏まえ、「原則の日数」を超える支援が必要となると判断した場合には、都道府県知事に届出を行うこと。</p> <p>イ 届出の内容</p> <p>(ア) 届出対象となるサービス</p> <p>平成18年10月1日以降、「原則の日数」を超えて支援を行う必要がある日中活動サービス等</p> <p>(イ) 届出が必要な事項</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 対象期間</li><li>・ 特例の適用を受ける必要性</li></ul> <p>(ウ) 届出方法</p> <p>届出は年1回とし、対象期間の前月末日までに届け出ること。</p> <p>ただし、平成18年7月25日付事務連絡「通所施設を利用する場合の利用日数の取扱いに係る事務処理等について」(以下、「平成18年7月25日付事務連絡」という。)に基づき、既に届出を行っている施設については再提出の必要はないこと。</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>また、対象期間を変更する必要がある場合には、変更届を提出すること。</p> <p>なお、平成 18 年 10 月において、「原則の日数」を超える支援が必要となる日中活動サービス等の事業者等においては、11 月 10 日までに、都道府県知事に提出した届出書の写しを市町村に提出することをもって、暫定的に 10 月において、「原則の日数」を超えて支援を行うことを可能とする取扱いとすること。</p> <p>ウ 利用者の利用日数の調整・管理</p> <p>日中活動サービス等の事業者等においては、利用者との調整を図った上で、利用者の利用日数の割振計画を作成し、利用日数に関して適切に管理すること。</p> <p>エ 介護給付費、訓練等給付費、特例介護給付費及び特例訓練等給付費(以下「介護給付費等」という。)の請求</p> <p>介護給付費等の請求に当たっては、「原則の日数」の総和と対象期間の各月の利用日数がかかる書類を添付すること。</p> <p>なお、対象期間の最初の月の介護給付費等の請求に当たっては、都道府県が交付した届出受理書の写しを添付すること。</p> <p>② 都道府県における事務</p> <p>都道府県においては、日中活動サービス等の事業者等から届出を受けた場合には、当該事業者等に対して届出受理書を交付すること。</p> <p>③ 市町村における事務</p> <p>市町村においては、日中活動サービス等の事業者等から介</p> | <p>また、対象期間を変更する必要がある場合には、変更届を提出すること。</p> <p>なお、平成 18 年 10 月において、「原則の日数」を超える支援が必要となる日中活動サービス等の事業者等においては、11 月 10 日までに、都道府県知事に提出した届出書の写しを市町村に提出することをもって、暫定的に 10 月において、「原則の日数」を超えて支援を行うことを可能とする取扱いとすること。</p> <p>ウ 利用者の利用日数の調整・管理</p> <p>日中活動サービス等の事業者等においては、利用者との調整を図った上で、利用者の利用日数の割振計画を作成し、利用日数に関して適切に管理すること。</p> <p>エ 介護給付費、訓練等給付費、特例介護給付費及び特例訓練等給付費(以下「介護給付費等」という。)の請求</p> <p>介護給付費等の請求に当たっては、「原則の日数」の総和と対象期間の各月の利用日数がかかる書類を添付すること。</p> <p>なお、対象期間の最初の月の介護給付費等の請求に当たっては、都道府県が交付した届出受理書の写しを添付すること。</p> <p>② 都道府県における事務</p> <p>都道府県においては、日中活動サービス等の事業者等から届出を受けた場合には、当該事業者等に対して届出受理書を交付すること。</p> <p>③ 市町村における事務</p> <p>市町村においては、日中活動サービス等の事業者等から介</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

護給付費等の請求があった場合には、対象期間の利用日数の合計が対象期間の「原則の日数」の総和を超えていないことを確認すること。

なお、対象期間の「原則の日数」の総和を超えて請求があった場合には、超過日数分は報酬算定の対象外となることに留意すること。

(2) 上記 2 の (2) の例外の②の場合

市町村は、日中活動サービス等の利用日数の取扱いに関して、利用者から申請(変更申請を含む。)があった場合には、平成 18 年 3 月現在の利用状況を確認した上で、適当と判断した場合には、「原則の日数」を超える支援が必要となる日数を支給量として平成 19 年 3 月末日までを有効期間とする支給決定を行うこと。

ただし、平成 18 年 7 月 25 日付事務連絡に基づき、既に利用者からの申し出があり、受給者証に必要な日数が記載されている場合には、新たな申請や支給決定を要さず、新障害福祉サービス受給者証に必要となる支給量を転記することで足りること(新体系事業に移行する場合は除く)。

(3) 上記 2 の (2) の例外の③の場合

市町村は、日中活動サービス等の利用日数の取扱いに関して、利用者から申請(変更申請を含む)があった場合には、利用者の状態等に鑑み、「原則の日数」を超える支援が必要と判断した場合には、「原則の日数」を超える支援が必要となる日数を支給量として支給決定を行うこと。

ただし、平成 18 年 7 月 25 日付事務連絡に基づき、既に利用者からの申し出があり、受給者証に必要な日数が記載されてい

護給付費等の請求があった場合には、対象期間の利用日数の合計が対象期間の「原則の日数」の総和を超えていないことを確認すること。

なお、対象期間の「原則の日数」の総和を超えて請求があった場合には、超過日数分は報酬算定の対象外となることに留意すること。

(2) 上記 2 の (2) の例外の②の場合

市町村は、日中活動サービス等の利用日数の取扱いに関して、利用者から申請(変更申請を含む。)があった場合には、平成 18 年 3 月現在の利用状況を確認した上で、適当と判断した場合には、「原則の日数」を超える支援が必要となる日数を支給量として平成 19 年 3 月末日までを有効期間とする支給決定を行うこと。

ただし、平成 18 年 7 月 25 日付事務連絡に基づき、既に利用者からの申し出があり、受給者証に必要な日数が記載されている場合には、新たな申請や支給決定を要さず、新障害福祉サービス受給者証に必要となる支給量を転記することで足りること(新体系事業に移行する場合は除く)。

(3) 上記 2 の (2) の例外の③の場合

市町村は、日中活動サービス等の利用日数の取扱いに関して、利用者から申請(変更申請を含む)があった場合には、利用者の状態等に鑑み、「原則の日数」を超える支援が必要と判断した場合には、「原則の日数」を超える支援が必要となる日数を支給量として支給決定を行うこと。

ただし、平成 18 年 7 月 25 日付事務連絡に基づき、既に利用者からの申し出があり、受給者証に必要な日数が記載されてい

|                                                                                         |                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| る場合には、新たな申請や支給決定を要さず、新障害福祉サービス受給者証に必要となる支給量を転記することで足りること（新体系事業に移行する場合は除く）。<br>【別添資料】（略） | る場合には、新たな申請や支給決定を要さず、新障害福祉サービス受給者証に必要となる支給量を転記することで足りること（新体系事業に移行する場合は除く）。<br>【別添資料】（略） |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|

【参考B-No.7】EG61 該当サービスが支給決定有効期間外の契約です  
（具体例）事業所が簡易入力システムの「契約日」を誤登録した。

契約内容（障害福祉サービス受給者証記載事項）報告書（確認リスト）

受給者証の「支給決定期間」を確認し、契約年月日が支給決定期間内であれば市町村に状況を確認してください。

下記のとおり当事業者との契約内容（障害福祉サービス受給者証記載事項）について報告します。

記

平成 28 年 1 月分

報告対象者

|                |            |
|----------------|------------|
| 受給者証番号         | 9876543210 |
| 支給決定障害者（保護者）氏名 | ショウカ イタロ   |
| 支給決定障害者氏名      |            |

契約内容の報告

| 受給者証の事業者記入欄の番号 | サービス内容 | 契約支給量 | 契約開始年月日         | 契約終了年月日          |
|----------------|--------|-------|-----------------|------------------|
| 1              | 家事援助   | 10 時間 | 平成 28 年 1 月 1 日 | 平成 29 年 1 月 31 日 |

契約日の誤登録であった場合は、簡易入力システムの契約内容情報入力画面で契約日を訂正してください。

簡易入力システム：メインメニュー＞基本情報設定＞契約内容情報入力

【簡易入力システム画面】

訂正！！

障害福祉サービス 電子請求受付システム（簡易入力） - 契約内容情報入力画面

ファイル(F) バージョン(V) ヘルプ(H)

契約内容の報告

事業所名 04100事業所 受給者証番号 0000000001 受給者氏名 〇〇受給者 市町村名 〇〇市 1

サービス内容 〇〇受給者障害児 1 契約開始日 平成 16 年 4 月 4 日 契約終了日 平成 44 年 4 月 4 日

| 選択 | No. | 事業者記入欄番号 | サービス内容            | 原則の日数  | 契約支給量       | 契約開始日       | 契約終了日 |
|----|-----|----------|-------------------|--------|-------------|-------------|-------|
| 1  | 99  | 111000   | 居宅介護 身体介護決定       | 999 時間 | 平成16年04月04日 | 平成44年04月04日 |       |
| 2  | 1   | 112000   | 居宅介護 家事援助決定       | 999 時間 | 平成16年04月04日 | 平成44年04月04日 |       |
| 3  | 1   | 114000   | 居宅介護通院介助（身体介護伴... | 999 時間 | 平成16年04月04日 | 平成44年04月04日 |       |
| 4  | 1   | 115000   | 居宅介護通院等乗降介助決定     | 999 回  | 平成16年04月04日 | 平成44年04月04日 |       |
| 5  | 1   | 120901   | 重度訪問介護加算移動介護      | 999 時間 | 平成16年04月04日 | 平成44年04月04日 |       |
| 6  | 1   | 123000   | 重度訪問介護その他決定       | 999 時間 | 平成16年04月04日 | 平成44年04月04日 |       |
| 7  | 1   | 131000   | 行動援護基本決定          | 999 時間 | 平成16年04月04日 | 平成44年04月04日 |       |
| 8  | 1   | 141000   | 重度包括基本決定          | 999 単位 | 平成16年04月04日 | 平成44年04月04日 |       |
| 9  | 1   | 151000   | 同行援護（身体介護伴う）決定    | 999 時間 | 平成16年04月04日 | 平成44年04月04日 |       |
| 10 | 1   | 211000   | 療養介護基本決定          |        | 平成16年04月04日 | 平成44年04月04日 |       |
| 11 | 1   | 221000   | 生活介護基本決定          | ○      | 平成16年04月04日 | 平成44年04月04日 |       |
| 12 | 1   | 241000   | 短期入所障害者決定         | 31 日   | 平成16年04月04日 | 平成44年04月04日 |       |
| 13 | 1   | 311000   | 共同生活介護基本決定        |        | 平成16年04月04日 | 平成44年04月04日 |       |
| 14 | 1   | 321000   | 施設入所支援基本決定        |        | 平成16年04月04日 | 平成44年04月04日 |       |
| 15 | 1   | 331000   | 共同生活援助基本決定        |        | 平成16年04月04日 | 平成44年04月04日 |       |
| 16 | 1   | 341000   | 宿泊型自立訓練基本決定       |        | 平成16年04月04日 | 平成44年04月04日 |       |
| 17 | 1   | 411000   | 自立訓練（機能訓練）基本決定    | ○      | 平成16年04月04日 | 平成44年04月04日 |       |

事業者記入欄番号を入力します

s20150420015 v2.18.1

【参考B-No.8】EG70 補足給付対象外の受給者です  
確認)

| 訓練等給付費等明細書(確認リスト) |               |            |  |
|-------------------|---------------|------------|--|
| (共同生活援助)          |               |            |  |
| 市町村番号             |               | 040000     |  |
| 助成自治体番号           |               |            |  |
| 平成 28 年 2 月分      |               |            |  |
| 受給者証番号            |               | 9876543210 |  |
| 支給決定障害者等氏名        |               | ショウガイタク    |  |
| 支給決定に係る障害児氏名      |               |            |  |
| 請求事業者             | 指定事業所番号       | 0419999999 |  |
|                   | 事業者及びその事業所の名称 | 〇〇障害事業所    |  |
|                   | 地域区分          | その他        |  |

|            |                  |         |        |        |   |  |      |       |
|------------|------------------|---------|--------|--------|---|--|------|-------|
| 請求額集計欄     | サービス種類コード        |         | 33     | 共同生活援助 |   |  |      | 合計    |
|            | サービス利用日数         | 集計欄分類番号 | 2      | 日      | 1 |  | 日    |       |
|            | 給付単位数            |         | 875    |        |   |  |      | 875   |
|            | 単位数単価            |         | 10.000 | 円/単位   |   |  | 円/単位 |       |
|            | 総費用額             |         | 8,750  |        |   |  |      | 8,750 |
|            | 1割相当額            |         | 875    |        |   |  |      |       |
|            | 利用者負担額②          |         | 875    |        |   |  |      |       |
|            | 上限月額調整(①②の内少ない数) |         | 0      |        |   |  |      | 0     |
|            | 調整後利用者負担額        |         |        |        |   |  |      |       |
|            | 上限額管理後利用者負担額     |         |        |        |   |  |      |       |
|            | 決定利用者負担額         |         | 0      |        |   |  |      | 0     |
|            | 請求額              | 給付費     | 8,750  |        |   |  |      | 8,750 |
|            |                  |         |        |        |   |  |      |       |
|            | 自治体助成分請求額        |         |        |        |   |  |      |       |
|            |                  |         |        |        |   |  |      |       |
| 特定障害者特別給付費 | 算定日数             | 日数      |        |        |   |  |      |       |
|            | 給付費請求額           |         | 2,000  |        |   |  |      | 2,000 |
|            | 実質算定額            |         | 2,000  |        |   |  |      | 2,000 |

確認！！



【参考B-No.9】EG73 受給者台帳記載の補足給付額未満です  
(確認)

平成 28 年    ○    月 分
施設入所支援提供実績記録票
 )

|             |            |                       |  |                |            |
|-------------|------------|-----------------------|--|----------------|------------|
| 受給者証<br>番 号 | 9876543210 | 支給決定障害者等氏名<br>(障害児氏名) |  | 番号             | 0419999999 |
| 補足給付適用の有無   |            | 有                     |  | 事業者及び<br>その事業所 |            |
|             |            | 補足給付額(日額)             |  | 262 円/日        |            |

確認！！

| 日付 | 曜日 | 支援実績          |                  |               |     |            |           | 実費算定額 |     |         |         | 備考   |    |
|----|----|---------------|------------------|---------------|-----|------------|-----------|-------|-----|---------|---------|------|----|
|    |    | サービス提供<br>の状況 | 入院・<br>外泊時<br>加算 | 入院時支援<br>特別加算 |     | 地域移<br>行加算 | 食費の<br>単価 | 朝食    | 円/日 | 光熱水費の単価 |         |      |    |
|    |    |               |                  | 昼食            | 円/日 |            |           |       |     |         |         |      |    |
|    |    |               |                  |               |     |            |           | 夕食    | 円/日 | 一日      | 320 円/日 |      |    |
|    |    |               |                  |               |     |            |           |       |     |         |         |      | 一日 |
|    |    | 提供<br>回数      |                  | 算定<br>回数      |     | 朝食         |           | 昼食    |     | 夕食      |         | 光熱水費 |    |
| 1  | 火  |               |                  |               |     |            |           | 1     | 1   | 1       | 1       |      |    |

【簡易入力システム画面】

障害福祉サービス電子請求受付システム（簡易入力） - 受給者情報保守&支給決定情報保守

ファイル(F) バージョン(V) ヘルプ(H)

**受給者情報(基本)**

支給市町村 \* ○○市 1 受給者証番号

居住地 〒 980-0011 住所 \* ○○

フリガナ ㊦㊦㊦㊦㊦㊦㊦㊦㊦

氏名 \* ○○受給者 1

生年月日 \* 昭和 20 年 1 月 1 日 性別

フリガナ ㊦㊦㊦㊦㊦㊦㊦㊦㊦㊦㊦㊦㊦㊦㊦㊦㊦㊦㊦㊦

氏名 ○○受給者障害児 1

生年月日 昭和 40 年 1 月 1 日 性別 女

**訂正！！**

**受給者情報(詳細)**

全情報 障害者 計画相談支援給付費/サービス利用計画作成費 特定障害者特別給付費 \* 利用者負担上限月額 食事提供体制加算 利用者負担上限額管理

No. 1

支給日額 \* 262 円

適用期間 \* 平成 27 年 4 月 1 日 ~ 平成 28 年 3 月 31 日

| 選択 | No. | 支給日額 | 適用期間        |             |
|----|-----|------|-------------|-------------|
|    |     |      | 開始年月日       | 終了年月日       |
| ▶  | 1   | 262  | 平成27年04月01日 | 平成28年03月31日 |

明細追加  
明細修正  
明細削除  
明細クリア

特定障害者特別給付費の誤登録であった場合は、簡易入力システム入力画面で支給日額を訂正してください。

簡易入力システム：メインメニュー＞基本情報設定＞受給者情報入力＞特定障害者特別給付費

【参考B-No.1 O】 E G 8 7 受給者台帳記載の障害支援区分と一致しません  
確認)

訓練等給付費等明細書(確認リスト)

(共同生活援助)

|         |        |
|---------|--------|
| 市町村番号   | 040000 |
| 助成自治体番号 |        |

|    |    |   |   |    |
|----|----|---|---|----|
| 平成 | 28 | 年 | 2 | 月分 |
|----|----|---|---|----|

|              |            |
|--------------|------------|
| 受給者証番号       | 9876543210 |
| 支給決定障害者等氏名   | ショウガイタロウ   |
| 支給決定に係る障害児氏名 |            |

|       |               |            |
|-------|---------------|------------|
| 請求事業者 | 指定事業所番号       | 0419999999 |
|       | 事業者及びその事業所の名称 | 〇〇障害事業所    |
|       | 地域区分          | その他        |

確認！！

|             |   |
|-------------|---|
| 利用者負担上限月額 ① | 0 |
|-------------|---|

|        |     |
|--------|-----|
| 障害支援区分 | 区分3 |
|--------|-----|

|                   |         |  |      |       |  |
|-------------------|---------|--|------|-------|--|
| 利用者負担上限額<br>管理事業所 | 指定事業所番号 |  | 管理結果 | 管理結果額 |  |
|                   | 事業所名称   |  |      |       |  |

【参考 B-No.1 1】利用者負担上限額管理結果番号と管理結果額の関係について

「1」・・・管理事業所で利用者負担額を充当したため、他事業所の利用者負担は発生しない。

※管理事業所で1割相当額が利用者負担上限月額以上の場合に使用する番号

「管理結果額」・・・「管理事業所→利用者負担上限月額」「関係事業所→0」

「2」・・・利用者負担額の合算額が、負担上限月額以下のため、調整事務は行わない。

※管理・関係全事業所を合計した1割相当額が利用者負担上限月額以下の場合に使用する番号

「管理結果額」・・・「管理事業所→1割相当額」「関係事業所→1割相当額」

「3」・・・利用者負担額の合算額が、負担上限月額を超過するため、下記のとおり調整した。

※管理事業所で1割相当額が利用者負担上限月額未満で調整事務が行われた場合に使用する番号

「管理結果額」・・・「管理事業所→1割相当額」「関係事業所→調整額」

【参考B-No.12】EJ98 管理結果額が上限月額①より少なく設定されています  
具体例①) 管理結果額を誤入力。

| 障害児通所給付費・入所給付費等明細書(確認リスト) |               |            |  |              |   |       |     |  |  |
|---------------------------|---------------|------------|--|--------------|---|-------|-----|--|--|
| 都道府県等番号                   |               | 040000     |  | 平成 28 年 2 月分 |   |       |     |  |  |
| 助成自治体番号                   |               |            |  |              |   |       |     |  |  |
| 受給者証番号                    |               | 9876543210 |  |              |   |       |     |  |  |
| 給付決定保護者氏名                 |               | ショウガイタロウ   |  |              |   |       |     |  |  |
| 給付決定に係る障害児氏名              |               | ショウガイハナコ   |  |              |   |       |     |  |  |
| 請求事業者                     | 指定事業所番号       | 0459999999 |  |              |   |       |     |  |  |
|                           | 事業者及びその事業所の名称 | 〇〇障害児事業所   |  |              |   |       |     |  |  |
|                           | 地域区分          | その他        |  |              |   |       |     |  |  |
| 利用者負担上限月額 ①               |               | 4,600      |  |              |   |       |     |  |  |
| 利用者負担上限額<br>管理事業所         | 指定事業所番号       | 0459999999 |  | 管理結果         | 1 | 管理結果額 | 460 |  |  |
|                           | 事業所名称         | 〇〇障害児事業所   |  |              |   |       |     |  |  |

確認!!

|        |                  |        |           |  |  |      |  |  |      |  |  |           |
|--------|------------------|--------|-----------|--|--|------|--|--|------|--|--|-----------|
| 請求額集計欄 | サービス種類コード        | 63     |           |  |  |      |  |  |      |  |  | 合計        |
|        | サービス利用日数         | 12     | 日         |  |  | 日    |  |  | 日    |  |  |           |
|        | 集計欄分類番号          |        |           |  |  |      |  |  |      |  |  |           |
|        | 給付単位数            |        | 100,000   |  |  |      |  |  |      |  |  |           |
|        | 単位数単価            | 10.000 | 円/単位      |  |  | 円/単位 |  |  | 円/単位 |  |  |           |
|        | 総費用額             |        | 1,000,000 |  |  |      |  |  |      |  |  | 1,000,000 |
|        | 1割相当額            |        | 100,000   |  |  |      |  |  |      |  |  |           |
|        | 利用者負担額②          |        | 100,000   |  |  |      |  |  |      |  |  |           |
|        | 上限月額調整(①②の内少ない数) |        | 4,600     |  |  |      |  |  |      |  |  | 4,600     |
|        | 調整後利用者負担額        |        |           |  |  |      |  |  |      |  |  |           |
|        | 上限額管理後利用者負担額     |        | 4,600     |  |  |      |  |  |      |  |  | 4,600     |
|        | 決定利用者負担額         |        | 4,600     |  |  |      |  |  |      |  |  | 4,600     |
|        | 請求額              | 給付費    | 995,400   |  |  |      |  |  |      |  |  | 995,400   |

具体例②) 高額障害福祉サービス等給付費「障害児の特例」(兄弟間調整)に対応

| 障害児通所給付費・入所給付費等明細書(確認リスト) |        |    |    |
|---------------------------|--------|----|----|
| 都道府県等番号                   | 040000 | 平成 | 28 |
| 助成自治体番号                   |        | 年  | 2  |
|                           |        | 月  | 分  |

|              |            |
|--------------|------------|
| 受給者証番号       | 9876543210 |
| 給付決定保護者氏名    | ショウカイタロウ   |
| 給付決定に係る障害児氏名 | ショウカイハナコ   |

|       |               |            |  |
|-------|---------------|------------|--|
| 請求事業者 | 指定事業所番号       | 0459999999 |  |
|       | 事業者及びその事業所の名称 | 〇〇障害児事業所   |  |
|       | 地域区分          | その他        |  |

確認!!

|             |       |
|-------------|-------|
| 利用者負担上限月額 ① | 4,600 |
|-------------|-------|

|                   |         |            |      |   |       |   |
|-------------------|---------|------------|------|---|-------|---|
| 利用者負担上限額<br>管理事業所 | 指定事業所番号 | 0459999999 | 管理結果 | 1 | 管理結果額 | 0 |
|                   | 事業所名称   | 〇〇障害児事業所   |      |   |       |   |

|        |                |             |         |      |  |  |      |  |         |  |  |  |  |  |  |
|--------|----------------|-------------|---------|------|--|--|------|--|---------|--|--|--|--|--|--|
| 請求額集計欄 | サービス種類コード      |             | 63      |      |  |  |      |  |         |  |  |  |  |  |  |
|        | サービス<br>利用日数   | 集計欄<br>分類番号 | 12      | 日    |  |  | 日    |  |         |  |  |  |  |  |  |
|        | 給付単位数          |             | 10,000  |      |  |  |      |  |         |  |  |  |  |  |  |
|        | 単位数単価          |             | 10.000  | 円/単位 |  |  | 円/単位 |  |         |  |  |  |  |  |  |
|        | 総費用額           |             | 100,000 |      |  |  |      |  |         |  |  |  |  |  |  |
|        | 1割相当額          |             | 10,000  |      |  |  |      |  |         |  |  |  |  |  |  |
|        | 利用者負担額②        |             | 10,000  |      |  |  |      |  |         |  |  |  |  |  |  |
|        | 上限月額調整①②の内少ない数 |             | 4,600   |      |  |  |      |  |         |  |  |  |  |  |  |
|        | 調整後利用者負担額      |             |         |      |  |  |      |  |         |  |  |  |  |  |  |
|        | 上限額管理後利用者負担額   |             | 0       |      |  |  |      |  |         |  |  |  |  |  |  |
| 請求額    | 決定利用者負担額       |             | 0       |      |  |  |      |  |         |  |  |  |  |  |  |
|        | 給付費            |             | 100,000 |      |  |  |      |  | 100,000 |  |  |  |  |  |  |
|        |                |             |         |      |  |  |      |  |         |  |  |  |  |  |  |

高額障害福祉サービス等給付費「障害」

に対応した請求の場合は対応の必要はな

※本事例の請求を行なうには「受給者台帳：利用者

登録が必要となります。

## 【参考B-No.1 3】宮城県国民健康保険団体連合会ホームページ

## ■リンク

文字サイズ 標準 大

宮城県国民健康保険団体連合会

Google カスタム検索

[けやきの会](#)
[宮城県保険者協議会](#)

|             |                |                   |                               |                 |               |
|-------------|----------------|-------------------|-------------------------------|-----------------|---------------|
| 国保連合会<br>とは | 医療機関の<br>みなさまへ | 介護保険事業者の<br>みなさまへ | <b>障害福祉サービス事業者の<br/>みなさまへ</b> | 柔整施術所の<br>みなさまへ | 保険者の<br>みなさまへ |
|-------------|----------------|-------------------|-------------------------------|-----------------|---------------|

ホーム > 障害福祉サービス事業者のみなさまへ > リンク

お知らせ ▶

請求期日・支払日一覧 ▶

振込口座登録・変更 ▶

障害福祉サービス費請求 ▶

過誤（取下げ） ▶

支払決定額通知書等の再発行 ▶

**リンク ▶**

## リンク

厚生労働省

- ▶ [障害者福祉のページ](#) 
- ▶ [インターフェース仕様書](#) 
- ▶ [障害福祉サービス等に関するQ & A](#) 

宮城県保健福祉部障害福祉課

- ▶ [宮城県保健福祉部障害福祉課](#) 

独立行政法人福祉医療機構（WAMNET）

【参考B-No.1 4】E<sub>NO9</sub>請求明細書のサービス提供量が契約支給量を超えています  
PP40 サービス提供量が契約支給量を超えています  
具体例)「契約支給量」を誤登録。

請求明細書のサービス提供量と契約内容報告書の  
「契約支給量」を確認してください。  
※受給者の心身の状況により市町村の了解を得たうえで契約  
支給量を超えてサービスを提供した場合は、特に対応の必要  
はありません。

介護給付費・訓練等給付費等明細書(確認リスト)

(居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、重度障害者等包括支援、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援)

|                            |            |                     |                 |       |          |      |   |      |  |      |  |
|----------------------------|------------|---------------------|-----------------|-------|----------|------|---|------|--|------|--|
| 市町村番号                      | 040000     | 平成 28 年 2 月 分       |                 |       |          |      |   |      |  |      |  |
| 助成自治体番号                    |            |                     |                 |       |          |      |   |      |  |      |  |
| 受給者証番号                     | 9876543210 | 指定事業所番号             | 0419999999      |       |          |      |   |      |  |      |  |
| 支給決定障害者等氏名                 | ショウカ・イタロウ  | 事業者及びその事業所の名称       | 〇〇障害事業所         |       |          |      |   |      |  |      |  |
| 支給決定に係る障害児氏名               |            | 地域区分                | その他             |       |          |      |   |      |  |      |  |
|                            |            | 就労継続支援A型事業者負担減免措置実施 | 無し              |       |          |      |   |      |  |      |  |
| 利用者負担上限月額 ①                | 0          | 就労継続支援A型減免対象者       | 無し              |       |          |      |   |      |  |      |  |
| 利用者負担上限額<br>管理事業所          | 指定事業所番号    | 事業所名称               | 管理結果            | 管理結果額 |          |      |   |      |  |      |  |
| サービス<br>種別                 | 15         | 開始年月日               | 平成 27 年 2 月 1 日 | 終了年月日 | 平成 年 月 日 | 利用日数 | 3 | 入院日数 |  | 外泊日数 |  |
|                            |            | 開始年月日               | 平成 年 月 日        | 終了年月日 | 平成 年 月 日 | 利用日数 |   | 入院日数 |  | 外泊日数 |  |
|                            |            | 開始年月日               | 平成 年 月 日        | 終了年月日 | 平成 年 月 日 | 利用日数 |   | 入院日数 |  | 外泊日数 |  |
| 給<br>付<br>費<br>明<br>細<br>書 | 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   |   |      |  |      |  |
|                            | 同行援護1日中2.5 | 151127              | 755             | 1     | 755      |      |   |      |  |      |  |
|                            | 同行援護1日中3.0 | 151131              | 839             | 2     | 1678     |      |   |      |  |      |  |
|                            |            |                     |                 |       |          |      |   |      |  |      |  |
|                            |            |                     |                 |       |          |      |   |      |  |      |  |

契約内容(障害福祉サービス受給者証記載事項)報告書(確認リスト)

平成 28 年 2 月 10 日

|                                     |               |            |
|-------------------------------------|---------------|------------|
| 〒999-9999<br>宮城県〇〇〇〇〇〇<br><br>〇〇〇 様 | 事業者番号         | 0419999999 |
|                                     | 事業者及びその事業所の名称 | 〇〇障害事業所    |
|                                     | 代表者           |            |

下記のとおり当事業所との契約内容(障害福祉サービス受給者証記載事項)について報告します。

記

|               |
|---------------|
| 平成 28 年 1 月 分 |
|---------------|

|                |            |              |  |
|----------------|------------|--------------|--|
| 報告対象者          |            |              |  |
| 受給者証番号         | 9876543210 |              |  |
| 支給決定障害者(保護者)氏名 | ショウカ・イタロウ  | 支給決定に係る障害児氏名 |  |

|                |              |       |                 |         |
|----------------|--------------|-------|-----------------|---------|
| 契約内容の報告        |              |       |                 |         |
| 受給者証の事業者記入欄の番号 | サービス内容       | 契約支給量 | 契約開始年月日         | 契約終了年月日 |
| 1              | 同行援護(身体介護併行) | 8 時間  | 平成 27 年 2 月 1 日 |         |

サービス提供量 8.5 時間  
契約支給量 8 時間

【参考B-No.15】PA60 初期加算のサービス開始年月日が不正です

PA61 入所時特別支援加算のサービス開始年月日が不正です

具体例) 入院していたため過去3月間施設の入所が無かった。

| 介護給付費・訓練等給付費等明細書(確認リスト)                                                     |             |            |                 |                     |          |            |         |      |    |      |  |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------|------------|-----------------|---------------------|----------|------------|---------|------|----|------|--|
| (居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、重度障害者等包括支援、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援) |             |            |                 |                     |          |            |         |      |    |      |  |
| 市町村番号                                                                       |             | 040000     |                 | 平成 28 年 〇 月分        |          |            |         |      |    |      |  |
| 助成自治体番号                                                                     |             |            |                 |                     |          |            |         |      |    |      |  |
| 受給者証番号                                                                      |             | 9876543210 |                 | 指定事業所番号             |          | 0419999999 |         |      |    |      |  |
| 支給決定障害者等氏名                                                                  |             | ショウガイトロウ   |                 | 事業者及び事業所            |          | 〇〇障害事業所    |         |      |    |      |  |
| 支給決定に係る障害児氏名                                                                |             |            |                 | 地域区分                |          | その他        |         |      |    |      |  |
|                                                                             |             |            |                 | 就労継続支援A型事業者負担減免措置実施 |          | 無 し        |         |      |    |      |  |
| サービス種別                                                                      | 32          | 開始年月日      | 平成 24 年 4 月 1 日 | 終了年月日               | 平成 年 月 日 | 利用日数       | 2       | 入院日数 | 28 | 外泊日数 |  |
|                                                                             | 22          | 開始年月日      | 平成 24 年 4 月 1 日 | 終了年月日               | 平成 年 月 日 | 利用日数       | 2       | 入院日数 |    | 外泊日数 |  |
|                                                                             |             | 開始年月日      | 平成 年 月 日        | 終了年月日               | 平成 年 月 日 | 利用日数       |         | 入院日数 |    | 外泊日数 |  |
| 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 |      |  |
|                                                                             | 生活介護36      |            | 222211          |                     | 1,099    | 2          | 2,198   |      |    |      |  |
|                                                                             | 生介初期加算      |            | 225050          |                     | 30       | 2          | 60      |      |    |      |  |
|                                                                             | 施設入所26      |            | 322161          |                     | 356      | 2          | 712     |      |    |      |  |
|                                                                             | 施入入所時特別支援加算 |            | 325500          |                     | 30       | 2          | 60      |      |    |      |  |

確認！！

請求明細書のサービス開始年月日が加算の取り扱いに一致しているか確認してください。

入院等で利用者が過去3月間、当該施設に入所していない場合は特に対応の必要はありません。



【参考 B-No.1 6】厚生労働省「夜間支援等体制加算の算定方法に関するQ & A」（抜粋）

事 務 連 絡  
平成 27 年 5 月 19 日

平成27年度障害福祉サービス等報酬改定に関する Q & A（VOL. 3）  
（平成27年 5 月 19 日）

都 道 府 県  
各 指 定 都 市 障害保健福祉主管課 御中  
中 核 市

厚生労働省社会・援護局  
障害保健福祉部企画課  
障害福祉課

【目次】

1. 障害福祉サービスにおける共通的事項・・・・・・・・・・2
2. 共同生活援助及び宿泊型自立訓練・・・・・・・・・・3

「平成 27 年度障害福祉サービス等報酬改定に関する Q & A VOL. 3（平成 27 年 5 月 19 日）」  
の送付について

平素より、障害保健福祉行政の推進に、格段の御高配を賜り厚く御礼を申し上げます。  
標記の件につきまして、別添のとおり「平成 27 年度障害福祉サービス等報酬改定に関する Q & A VOL. 3（平成 27 年 5 月 19 日）」を送付いたします。  
各自治体におかれましては、御了知の上、管内市町村、関係団体、関係機関に周知徹底を図るとともに、その取扱いに当たっては遺漏なきようお願いします。

記

（留意点）  
夜間支援等体制加算の算定方法に関する Q & A（問 3、問 4）について  
本年 4 月より、共同生活援助に係る夜間支援等体制加算について、夜間支援体制の実態をより適切に評価する観点から、月単位でなく日単位で算定できるよう、また、宿泊型自立訓練に係る夜間支援等体制加算についても、共同生活援助に係る同加算を踏まえ見直しを行ったところですが、システム上の請求方法に関して一部疑義が生じていることから、その取扱方法について記載しておりますので、特にご留意願います。  
本内容につきましては、国民健康保険中央会と調整済みであり、国民健康保険中央会を通じて、各国民健康保険団体連合会に周知する予定ですので御承知おきください。

【送付資料】  
平成27年度障害福祉サービス等報酬改定に関する Q & A VOL. 3（平成27年 5 月 19 日）

（照会先）  
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部  
障害福祉課  
（問 1、問 2） 福祉サービス係（内線 3 0 9 1）  
（問 3、問 4） 地域移行支援係（内線 3 0 4 5）  
TEL：03－5253－1111

## 2. 共同生活援助及び宿泊型自立訓練

## 夜間支援等体制加算

(夜間支援等体制加算の算定方法①)

問3 夜間支援等体制加算(Ⅰ)及び夜間支援等体制加算(Ⅱ)については、1人の夜間支援従事者が支援を行う夜間支援対象利用者の数に応じた加算額が設定されているが、同一利用者について同じ月の中で異なる夜間支援対象利用者数の区分の報酬を算定することは可能か。

また、夜間支援等体制加算(Ⅰ)又は夜間支援等体制加算(Ⅱ)を算定している指定共同生活援助事業所又は外部サービス利用型指定共同生活援助事業所において、都道府県知事に届け出ている夜間支援体制の内容に変更が生じ、1人の夜間支援従事者が支援を行う夜間支援対象利用者の数が届け出ている数から変更となった場合の取扱い如何。

(答)

- あらかじめ都道府県知事に届け出ている夜間支援体制に基づき、同じ月の中でも日単位で夜間支援等体制加算(Ⅰ)～(Ⅲ)を算定し(例①)、また、夜間支援従事者の配置数の違いにより異なる夜間支援対象利用者数の区分の報酬を算定する(例②)ことが可能である。

(例①) 夜間支援対象利用者数を5名として届け出ている共同生活住居の利用者A氏に対し、5月1日は1人の夜勤を行う夜間支援従事者により夜間支援が行われ、5月2日は1人の宿直を行う夜間支援従事者により夜間支援が行われた場合

5月1日：夜間支援対象利用者数5名の夜間支援等体制加算(Ⅰ)を算定

5月2日：夜間支援対象利用者数5名の夜間支援等体制加算(Ⅱ)を算定

(例②) 夜間支援対象利用者数を8名として届け出ている共同生活住居の利用者B氏に対し、5月1日は1名の夜勤を行う夜間支援従事者により夜間支援が行われ、5月2日は2名の宿直を行う夜間支援従事者により夜間支援が行われた場合

5月1日：夜間支援対象利用者数8名の夜間支援等体制加算(Ⅰ)を算定

5月2日：夜間支援対象利用者数4名の夜間支援等体制加算(Ⅱ)を算定

なお、(例②)の場合、国民健康保険団体連合会での事務点検においては、事業所台帳に登録されている夜間支援対象利用者数と異なる区分のサービスコードの請求に対して、「PB46(受付：台帳の夜間支援等体制加算対象利用者数と不一致の請求です)」の警告が発生するため、その際は市町村での審査において確認されたい。

※ 夜間支援対象利用者数は、現利用者数ではなく、前年度の平均利用者数等から算出する。また、複数の夜間支援従事者が夜間支援を行う場合の夜間支援対象利用者数は、それぞれの夜間支援従事者が実際に夜間支援を行う利用者数に応じて算定する。

(例) 夜間支援対象利用者数を7名として届け出ている共同生活住居において、夜間支援従事者Aが5名、夜間支援従事者Bが2名を夜間支援している場合、A

の夜間支援を受けた利用者は5名の夜間支援等体制加算を算定し、Bの夜間支援を受けた利用者は2名以下の夜間支援等体制加算を算定する。(留意事項「夜間支援等体制加算の取扱い」参照のこと。)

また、入居定員又は夜間支援従事者の配置数の変更などによって、あらかじめ都道府県知事に届け出ている夜間支援体制の内容に変更が生じた場合には、速やかに都道府県知事へ変更を届け出るものとし、その届出が毎月15日以前になされた場合には翌月から、16日以降になされた場合には翌々月から、新たに届出がなされた夜間支援体制に基づく報酬単価を適用する。

なお、入居定員を変更する場合は、前年度の平均利用者数に定員の変更分の90%を加えたものを当該年度の夜間支援対象利用者数とする。

また、夜間支援等体制加算の条件を満たさなくなった場合のほか、単に夜間支援従事者を夜勤から宿直に変更する場合や夜間支援従事者の数を減らす等により同一月内において算定される単位数が減少する夜間支援体制の内容の変更の場合(同一月内において算定される単位数が増加する日及び減少する日が混在する場合は除く。)には、当該日より、加算を算定しない又は減少することとする。

(平成26年度障害福祉サービス等制度改正に関するQ&A(平26.4.9)問20の一部改正)

(夜間支援等体制加算の算定方法②)

問4 日単位で、異なる夜間支援対象利用者数の区分の報酬を請求する場合、システム上どのように請求すればよいか。

(答)

- 国民健康保険中央会より提供されている簡易入力システムを使用している事業所では、別添の手順により請求することが可能であるため参照されたい。なお、当該簡易入力システム以外のシステムを使用している場合は、システムによって仕組みが異なるため、当該システムの販売元に確認されたい。

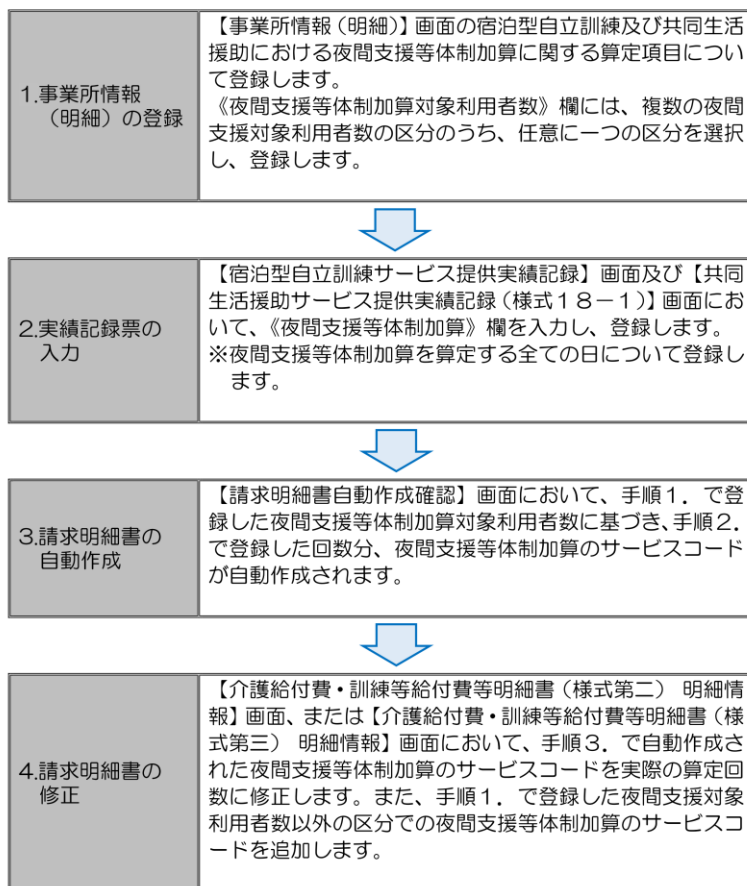
※ 国民健康保険中央会が提供している簡易入力システムについては、平成27年6月末をめどに再改修を行うこととしており、再改修後の簡易入力システムでは別添の手順によらずとも自動的に適切な請求が可能となる予定である。

再改修後の簡易入力システムは改修が済み次第、同中央会から提供され、7月の報酬請求時から利用可能となる見込みなのでご留意願いたい。

## 日単位で夜間支援等体制加算対象利用者数が異なる場合の請求手順について

宿泊型自立訓練及び共同生活援助における夜間支援等体制加算について、日単位で異なる夜間支援対象利用者数の区分の報酬を請求する場合、簡易入力システム（障害福祉サービス）においては請求明細書を自動作成後、請求明細書入力画面でサービスコードを修正することで請求が可能です。

簡易入力システム（障害福祉サービス）での手順は、以下の通りです。



以下の内容を算定する場合について、共同生活援助を例に説明します。  
（宿泊型自立訓練についても同様となります。）

前年度平均利用者数：10人

| No | 日付 | 夜間支援等体制加算区分 | 職員数  | 夜間支援等体制加算対象利用者数 |
|----|----|-------------|------|-----------------|
| 1  | 6日 | I           | 夜勤2人 | 5人              |
| 2  | 7日 | I           | 夜勤1人 | 8人以上10人以下       |
| 3  | 8日 | II          | 宿直1人 | 8人以上10人以下       |

1. 【事業所情報（明細）】画面の共同生活援助における算定項目について、《変更年月日》欄が平成27年4月1日以降で《夜間支援等体制加算》欄及び《夜間支援等体制加算対象利用者数》欄を入力し、登録します。
- 《夜間支援等体制加算対象利用者数》欄には、複数の夜間支援対象利用者数の区分のうち、任意の一つの区分を選択し、登録します。
- ここでは、《夜間支援等体制加算対象利用者数》欄を[5人]として登録した場合の例を掲載しています。
- ※すでに平成27年4月1日以降の情報を登録済みの場合、この手順は不要です。

### 【事業所情報（明細）】画面

《夜間支援等体制加算対象利用者数》欄には、複数の夜間支援等体制加算対象利用者数の区分のうち、任意の一つの区分を選択します。

2. 【共同生活援助サービス提供実績記録（様式18-1）】画面の《夜間支援等体制加算》欄について、[1]、または[2]を入力し、登録します。

【共同生活援助サービス提供実績記録（様式18-1）】画面

3. 【事業所情報（明細）】画面での登録内容及び【共同生活援助サービス提供実績記録（様式18-1）】画面で入力された内容に基づき、サービスコードが自動作成されます。  
この例では、夜間支援等体制加算Ⅰ及び夜間支援等体制加算Ⅱについて、【事業所情報（明細）】画面の《夜間支援等体制加算対象利用者数》欄に登録した[5人]に該当するサービスコードが自動作成されます。

【請求明細書自動作成確認】画面

4. 請求明細書入力画面でサービスコードの修正及び追加を行い、登録します。
- ・No1.夜間支援等体制加算Ⅰ・夜間支援等体制加算対象利用者数が5人のサービスコードの回数を2回から1回に修正する。（6日の算定分）
  - ・夜間支援等体制加算Ⅰ・夜間支援等体制加算対象利用者数が8人以上10人以下のサービスコードを追加する。（7日の算定分）
  - ・No2. 夜間支援等体制加算Ⅱ・夜間支援等体制加算対象利用者数が5人のサービスコードを夜間支援等体制加算Ⅱ・夜間支援等体制加算対象利用者数が8人以上10人以下のサービスコードに修正する。（8日の算定分）

| No | 請求明細書自動作成時の登録内容 |    | 修正及び追加後の登録内容 |    |
|----|-----------------|----|--------------|----|
|    | サービスコード         | 回数 | サービスコード      | 回数 |
| 1  | 夜間支援等体制加算Ⅰ 4    | 2回 | 夜間支援等体制加算Ⅰ 4 | 1回 |
|    |                 |    | 夜間支援等体制加算Ⅰ 7 | 1回 |
| 2  | 夜間支援等体制加算Ⅱ 2    | 1回 | 夜間支援等体制加算Ⅱ 5 | 1回 |

【介護給付費・訓練等給付費等明細書（様式第三） 明細情報】画面

※請求明細書入力画面でサービスコードを修正後、再度請求明細書自動作成を行った場合、修正したサービスコードが元の登録内容に戻ってしまうため、再度請求明細書入力画面で修正を行ってください。

【参考B-No.17】PJ7Q\_指導員加配加算の算定要件が一致しません

具体例) 事業所が指導員加配加算を「児童指導員等」のサービスコードで請求すべきところを「指導員」のサービスコードで請求した。

### <事業所台帳の登録内容>

指導員加配加算の有無：[児童指導員等](#) (※定員 10 人以下)

### <事業所の請求内容>

放デイ指導員加配加算 2 (サービスコード 636260※定員 10 人以下 種類：[指導員の場合](#) 単位数：183 単位)

### <正しい請求内容>

放デイ指導員加配加算 1 (サービスコード 636266※定員 10 人以下 種類：[児童指導員等の場合](#) 単位数：195 単位)

【参考B-No.18】PPO3\_合計算定時間数が実績記録票と明細書で不一致  
具体例）請求明細書を誤入力した。

介護給付費・訓練等給付費等明細書(確認リスト)  
(居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、重度障害者等包括支援、短期入所、療養介護、生活介護、施設入所支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援)

|         |        |              |
|---------|--------|--------------|
| 市町村番号   | 040000 | 平成 28 年 2 月分 |
| 助成自治体番号 |        |              |

|              |            |                     |            |
|--------------|------------|---------------------|------------|
| 受給者証番号       | 9876543210 | 指定事業所番号             | 0419999999 |
| 支給決定障害者等氏名   | ショウガイタロウ   | 事業者及びその事業所の名称       | 〇〇障害事業所    |
| 支給決定に係る障害児氏名 |            | 地域区分                | その他        |
|              |            | 就労継続支援A型事業所負担減価措置実施 | 無 し        |

|        |    |       |                 |       |          |      |      |
|--------|----|-------|-----------------|-------|----------|------|------|
| サービス種別 | 15 | 開始年月日 | 平成 27 年 2 月 1 日 | 終了年月日 | 平成 年 月 日 | 数    | 外泊日数 |
|        |    | 開始年月日 | 平成 年 月 日        | 終了年月日 | 平成 年 月 日 | 入院日数 | 外泊日数 |
|        |    | 開始年月日 | 平成 年 月 日        | 終了年月日 | 平成 年 月 日 | 利用日数 | 入院日数 |

|            |         |     |    |         |    |
|------------|---------|-----|----|---------|----|
| 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 |
| 同行援護1日中2.5 | 151127  | 755 | 2  | 1,510   |    |
| 同行援護1日中3.0 | 151131  | 839 | 2  | 1,678   |    |

確認！！

請求明細書と実績記録票の合計算定時間を確認してください。

平成 28 年 〇 月分 同行援護サービス提供実績記録票 (確認リスト)

|        |            |                   |  |            |            |
|--------|------------|-------------------|--|------------|------------|
| 受給者証番号 | 9876543210 | 支給決定障害者等氏名(障害児氏名) |  | 事業所番号      | 0419999999 |
| 契約支給量  |            |                   |  | 事業者及びその事業所 | 〇〇障害事業所    |

| 提供通番 | 日付 | 曜日 | 回数 | サービス内容       | 運転 | ヘルパー資格 | サービス提供時間 |       | 算定時間 | 派遣人数 | 前月継続サービス | 備考 |
|------|----|----|----|--------------|----|--------|----------|-------|------|------|----------|----|
|      |    |    |    |              |    |        | 開始時間     | 終了時間  |      |      |          |    |
| 1    | 12 | 土  | 1  | 同行援護(身体介護併用) |    | 初任者等   | 9:30     | 12:30 | 3.0  | 1    |          |    |
| 2    | 27 | 日  | 1  | 同行援護(身体介護併用) |    | 初任者等   | 9:30     | 12:30 | 3.0  | 1    |          |    |
| 3    | 28 | 月  | 1  | 同行援護(身体介護併用) |    | 初任者等   | 10:00    | 12:30 | 2.5  | 1    |          |    |

| 合計 | 身体介護を伴う   | 内訳(適用単価別) |     |     | 算定時間数計 |
|----|-----------|-----------|-----|-----|--------|
|    |           | 100%      | 90% | 70% |        |
|    | 身体介護を伴う   | 8.5       |     |     | 8.5    |
|    | 身体介護を伴わない |           |     |     |        |

確認！！

サービス提供量

明細書 11 時間  
実績記録票 8.5 時間

【参考B-No.19】PPO9\_総費用額が上限額管理結果票と明細書で不一致

具体例) 上限額管理事業所が上限額管理結果票の関係事業所総費用額を訂正前の金額のままで請求した。

| 障害児通所給付費・入所給付費等明細書(確認リスト) |  |            |  |               |  |            |  |         |  |
|---------------------------|--|------------|--|---------------|--|------------|--|---------|--|
| 都道府県等番号                   |  | 040000     |  | 平成 28 年 2 月分  |  |            |  |         |  |
| 助成自治体番号                   |  |            |  |               |  |            |  |         |  |
| 受給者証番号                    |  | 9876543210 |  | 指定事業所番号       |  | 045222222  |  |         |  |
| 給付決定保護者氏名                 |  | ショウガイタロウ   |  | 請求事業者         |  | 〇〇障害児関係事業所 |  |         |  |
| 給付決定に係る障害児氏名              |  | ショウガイハナコ   |  | 事業者及びその事業所の名称 |  |            |  |         |  |
|                           |  |            |  | 地域区分          |  | その他        |  |         |  |
| 利用者負担上限月額 ①               |  | 4,600      |  |               |  |            |  |         |  |
| 利用者負担上限額管理事業所             |  | 指定事業所番号    |  | 0451111111    |  | 管理結果       |  | 3 管理結果額 |  |
|                           |  | 事業所名称      |  | 〇〇障害児管理事業所    |  |            |  |         |  |

| サービス種類コード         | 63 | サービス利用日数 |  | 12    | 日 | 合計     |
|-------------------|----|----------|--|-------|---|--------|
| 給付単位数             |    |          |  | 8,000 |   |        |
| 単位数単価             |    | 10,000   |  | 円/単位  |   |        |
| 総費用額              |    | 80,000   |  |       |   | 80,000 |
| 前払当額              |    | 8,000    |  |       |   |        |
| 利用者負担額②           |    | 8,000    |  |       |   |        |
| 上限月額調整①②の内(少ない・数) |    | 4,600    |  |       |   | 4,600  |
| 調整後利用者負担額         |    |          |  |       |   |        |
| 上限額管理後利用者負担額      |    | 0        |  |       |   | 0      |
| 決定利用者負担額          |    | 0        |  |       |   | 0      |
| 請求額               |    | 80,000   |  |       |   | 80,000 |

| 利用者負担上限額管理結果票 (確認リスト)                                                                                                                     |            |            |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|-------|
| 都道府県等番号                                                                                                                                   |            | 040000     |       |
| 受給者証番号                                                                                                                                    |            | 9876543210 |       |
| 支給決定障害者等氏名                                                                                                                                |            | ショウガイタロウ   |       |
| 支給決定に係る障害児氏名                                                                                                                              |            | ショウガイハナコ   |       |
| 指定事業所番号                                                                                                                                   |            | 0451111111 |       |
| 管理事業者                                                                                                                                     |            | 〇〇障害児管理事業所 |       |
| 事業者及びその事業所の名称                                                                                                                             |            |            |       |
| 利用者負担上限月額                                                                                                                                 |            | 4,600      |       |
| 情報作成区分                                                                                                                                    |            | 新規         |       |
| 利用者負担上限額管理結果                                                                                                                              |            | 3          |       |
| <p>1 管理事業所で利用者負担額を充当したため、他事業所の利用者負担は発生しない。</p> <p>2 利用者負担額の合算額が、負担上限月額以下のため、調整事務は行わない。</p> <p>3 利用者負担額の合算額が、負担上限月額を超過するため、下記のとおり調整した。</p> |            |            |       |
| 項番                                                                                                                                        | 1          | 2          | 合計    |
| 事業所番号                                                                                                                                     | 0451111111 | 0452222222 |       |
| 事業所名称                                                                                                                                     | 〇〇障害児管理事業所 | 〇〇障害児関係事業所 |       |
| 総費用額                                                                                                                                      | 150000     | 100000     | 70000 |
| 利用者負担額                                                                                                                                    | 4600       | 4600       | 9600  |
| 管理結果後利用者負担額                                                                                                                               | 4600       | 0          | 4600  |

上限額管理事業所と関係事業所で総費用額を確認してください。

## 【参考B-No.20】PS3Q算定時間数の計算値が不正です

具体例) 居宅介護サービス提供実績記録票

| 提供<br>通番 | 日<br>付 | 曜<br>日 | 回<br>数 | サービス<br>内容 | 運<br>転 | ヘルパー<br>資格 | サービス提供時間 |       | 算定時間 |    | 派<br>遣<br>人 | 前月継続<br>サービス | 備<br>考     |
|----------|--------|--------|--------|------------|--------|------------|----------|-------|------|----|-------------|--------------|------------|
|          |        |        |        |            |        |            | 開始時間     | 終了時間  | 時間   | 乗降 |             |              |            |
| 1        | 1      | 月      |        | 身体介護       |        | 初任者等       | 9:00     | 10:00 | 5.00 |    | 1           |              | 時間記入誤り！！   |
|          |        |        |        |            |        |            |          |       |      |    |             |              |            |
| 1        | 1      | 月      |        | 身体介護       |        | 初任者等       | 9:00     | 10:00 | 1.00 |    | 1           |              |            |
|          |        |        |        |            |        |            |          |       |      |    |             |              |            |
| 2        | 2      | 火      | 1      | 身体介護       |        | 初任者等       | 13:00    | 14:00 | 1.00 |    | 1           |              | 記入方法誤り！！   |
| 2        | 2      | 火      | 2      | 身体介護       |        | 初任者等       | 13:00    | 14:00 | 1.00 |    | 1           |              |            |
|          |        |        |        |            |        |            |          |       |      |    |             |              |            |
| 2        | 2      | 火      |        | 身体介護       |        | 初任者等       | 13:00    | 14:00 | 1.00 | 2  |             |              |            |
|          |        |        |        |            |        |            |          |       |      |    |             |              |            |
| 3        | 3      | 水      |        | 身体介護       |        | 初任者等       | 15:00    | 16:01 | 1.00 |    | 1           |              |            |
| 4        | 4      | 木      |        | 身体介護       |        | 初任者等       | 15:00    | 15:45 | 0.50 |    | 1           |              | 端数時間算定誤り！！ |
| 5        | 5      | 金      |        | 身体介護       |        | 初任者等       | 15:00    | 15:59 | 0.50 |    | 1           |              |            |
|          |        |        |        |            |        |            |          |       |      |    |             |              |            |
| 3        | 3      | 水      |        | 身体介護       |        | 初任者等       | 15:00    | 16:01 | 1.50 |    | 1           |              |            |
| 4        | 4      | 木      |        | 身体介護       |        | 初任者等       | 15:00    | 15:45 | 1.00 |    | 1           |              |            |
| 5        | 5      | 金      |        | 身体介護       |        | 初任者等       | 15:00    | 15:59 | 1.00 |    | 1           |              |            |



【参考B-No.21】PS87入院または外泊時に光熱水費の単価が提供されています

具体例）施設入所支援提供実績記録票

平成28年 ○月分

施設入所支援提供実績記録票（確認リスト）

|        |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |         |            |  |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|------------|--|
| 受給者証番号 |                                                                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 事業所番号   | 0419999999 |  |
| 補足給付適用 | サービス提供の状況が「入院または外泊」で「光熱水費」が算定されている場合、確認の意味で本エラーメッセージが出ます。<br>算定内容を確認し、内容に誤りがあった場合は市町村に対応をお問い合わせください。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 〇〇障害事業所 |            |  |

| 日付 | 曜日 | 支援実績      |        |           |      |        | 実費算定額 |     |     |         |     |    | 備考 |         |     |
|----|----|-----------|--------|-----------|------|--------|-------|-----|-----|---------|-----|----|----|---------|-----|
|    |    | サービス提供の状況 | 入院・外泊時 | 入院時支援特別加算 |      | 地域移行加算 | 食費の単価 | 朝食  |     | 光熱水費の単価 |     | 一日 |    | 光熱水費の単価 |     |
|    |    |           |        | 提供回数      | 算定回数 |        |       | 円/日 | 円/日 | 円/日     | 円/日 |    |    | 円/日     | 円/月 |
|    |    |           |        |           |      |        |       |     |     |         |     |    |    |         |     |
| 1  | 火  | 入院        | 1      |           |      |        | 朝食    | 昼食  | 夕食  | 光熱水費    | 1   |    |    |         |     |
| 2  | 水  | 入院        | 1      |           |      |        |       |     |     | 1       |     |    |    |         |     |
| 3  | 木  | 入院        |        |           |      |        |       |     |     | 1       |     |    |    |         |     |
| 4  | 金  | 入院        |        |           |      |        |       |     |     | 1       |     |    |    |         |     |
| 5  | 土  | 入院        |        |           |      |        |       |     |     | 1       |     |    |    |         |     |
| 6  | 日  | 入院        |        |           |      |        |       |     |     | 1       |     |    |    |         |     |
| 7  | 月  | 入院        |        |           |      |        |       |     |     | 1       |     |    |    |         |     |
| 8  | 火  | 入院        |        |           |      |        |       |     |     | 1       |     |    |    |         |     |

【参考B-No.22】PT44\_施設外支援の算定が不正です  
具体例)「開始・終了時間」を誤って記録した。

平成 28 年 ○月分

就労継続支援提供実績記録票 (確認リスト)

|            |                                 |            |  |  |  |  |       |            |       |
|------------|---------------------------------|------------|--|--|--|--|-------|------------|-------|
| 受給者証<br>番号 | 987654321                       | 支給決定障害者等氏名 |  |  |  |  | 事業所番号 | 0419999999 | 障害事業所 |
| 契約支給量      | 「施設外支援」を行った日は「開始・終了時間」の記載は不要です。 |            |  |  |  |  |       |            |       |

| 日付 | 曜日 | サービス提供<br>の状況 | 開始時間 | 終了時間  | 送迎加算 |   | 訪問支援特別加算 |      | 食事提供<br>加算 | 施設外<br>支援 | 備考   |
|----|----|---------------|------|-------|------|---|----------|------|------------|-----------|------|
|    |    |               |      |       | 往    | 復 | 提供時間     | 算定時間 |            |           |      |
| 1  | 火  |               | 8:30 | 14:30 |      |   |          |      |            | 1         | 日報あり |
| 2  | 水  |               | 8:30 | 14:30 |      |   |          |      |            | 1         | 日報あり |
| 3  | 木  |               | 8:30 | 14:30 |      |   |          |      |            | 1         | 日報あり |
| 4  | 金  |               | 8:30 | 14:30 |      |   |          |      |            | 1         | 日報あり |
| 7  | 月  |               | 8:30 | 14:30 |      |   |          |      |            | 1         | 日報あり |
| 8  | 火  |               | 8:30 | 14:30 |      |   |          |      |            | 1         | 日報あり |

【参考B-No.23】PT79 食事提供加算の算定が不正です  
 具体例)「食事提供加算」を誤って記録した。

平成 28 年 ○月分 就労継続支援提供実績記録票 (確認リスト)

|             |          |                                                                                                              |       |           |
|-------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------|
| 受給者証<br>番 号 | 98765432 | 支給決定障害等級氏名                                                                                                   | 事業所番号 | 419999999 |
| 契約支給量       |          | サービス提供の状況が「欠席」又は「施設外支援」と同一日に食事提供加算の算定がある場合に確認の意味で本エラーメッセージが出力されます。<br>食事提供の状況等を確認し請求内容に問題が無ければ特に対応の必要はありません。 |       |           |

| 日付 | 曜日 | サービス提供実績      |      |      |      |   |          |      |            | 備考 |           |
|----|----|---------------|------|------|------|---|----------|------|------------|----|-----------|
|    |    | サービス提供<br>の状況 | 開始時間 | 終了時間 | 送迎加算 |   | 訪問支援特別加算 |      | 食事提供<br>加算 |    | 施設外<br>支援 |
|    |    |               |      |      | 往    | 復 | 提供時間     | 算定時間 |            |    |           |
| 1  | 火  |               |      |      |      |   |          |      | 1          | 1  | 日 報 あ り   |
| 2  | 水  |               |      |      |      |   |          |      | 1          | 1  | 日 報 あ り   |
| 3  | 木  |               |      |      |      |   |          |      | 1          | 1  | 日 報 あ り   |
| 4  | 金  | 欠席            |      |      |      |   |          |      | 1          |    |           |
| 7  | 月  |               |      |      |      |   |          |      | 1          | 1  | 日 報 あ り   |
| 8  | 火  |               |      |      |      |   |          |      | 1          | 1  | 日 報 あ り   |

【参考B-No.24】PU13 移行準備支援体制加算の算定が不正です  
具体例）就労移行支援サービス提供時間外に求職活動を行った。

平成28年 ○月分 就労移行支援提供実績記録票（確認リスト）

|        |                                            |            |  |       |            |
|--------|--------------------------------------------|------------|--|-------|------------|
| 受給者証番号 | 9876543210                                 | 支給決定障害者等氏名 |  | 事業所番号 | 0419999999 |
| 契約支給量  | 移行準備支援体制加算が算定される支援を行った日は「開始・終了時間」の記載は不要です。 |            |  |       |            |

| 日付 | 曜日 | サービス提供実績      |       |       |      |   |          |      |            |                    | 備考   |
|----|----|---------------|-------|-------|------|---|----------|------|------------|--------------------|------|
|    |    | サービス提供<br>の状況 | 開始時間  | 終了時間  | 送迎加算 |   | 訪問支援特別加算 |      | 食事提供<br>加算 | 移行準備<br>支援体制<br>加算 |      |
|    |    |               |       |       | 往    | 復 | 提供時間     | 算定時間 |            |                    |      |
| 1  | 火  |               | 10:00 | 12:00 | 1    |   |          |      | 1          |                    |      |
| 2  | 水  |               | 10:00 | 15:00 | 1    |   |          |      | 1          |                    |      |
| 3  | 木  |               | 10:00 | 15:00 | 1    |   |          |      | 1          |                    |      |
| 4  | 金  |               | 10:00 | 12:00 | 1    |   |          |      | 1          | 1                  | 日報あり |
| 6  | 日  |               | 10:00 | 12:00 | 1    |   |          |      | 1          | 1                  | 日報あり |
| 7  | 月  |               | 10:00 | 15:00 | 1    |   |          |      | 1          |                    |      |
| 8  | 火  |               | 10:00 | 12:00 | 1    |   |          |      | 1          |                    |      |