

【請求明細書記載事例1】 居宅療養管理指導の請求

様式2

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護)・小規模多機能型居宅介護(短期利用)・機能型居宅介護・短期利用)・地域密着型通所介護

要介護の方は「様式2」、要支援の方は「様式2-2」でご請求ください。

| | | | | | | | |
|---------|-------------------------------------|-----------------------|-------------------|---|----|---|----|
| 公費負担者番号 | | 平成 | 2 | 7 | 年 | 4 | 月分 |
| 公費受給者番号 | | 保険者番号 | 2 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| 被保険者番号 | 000000000001 | 事業所番号 | 2 | 9 | 1 | * | * |
| (7桁) | キョタク リョウヨウ | 事業所名称 | 〇〇クリニック | | | | |
| 氏名 | 居宅療養 | 〒 | 1 | 2 | 3 | - | 4 |
| 生年月日 | 1.明治 2.大正 3.昭和 1 1 年 1 1 月 1 1 日 | 性別 | ① | 男 | 2. | 女 | |
| 要介護状態区分 | 要介護 1・2・3・4・⑤ | | | | | | |
| 認定有効期間 | 平成 2 7 年 4 月 1 日 から | 平成 2 8 年 3 月 3 1 日 まで | 所在地 | | | | |
| | | | 奈良県〇〇市〇〇123 | | | | |
| | | | 連絡先 | | | | |
| | | | 電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 | | | | |

| | | | | | | | | | |
|----------|---|-------------|---|---|-------|----|---|---|---|
| 居宅サービス計画 | 1. 居宅介護支援事業者作成 | 2. 被保険者自己作成 | | | | | | | |
| 開始年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 中止年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 中止理由 | 1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院 | | | | | | | | |

| サービス内容 | サービスコード | 単位数 | 回数 | サービス単位数 | 公費分回数 | 公費対象単位数 | 摘要 |
|------------|-------------|-------|----|---------|-------|---------|--------|
| 医師居宅療養管理指導 | 3 1 1 1 1 1 | 5 0 3 | 2 | 1 0 0 6 | | | 7日、17日 |

医師・歯科・調剤でサービスコードが異なります。また、要介護の方と要支援の方でも異なりますのでご注意ください。

サービス単位数」欄の合計単位数を⑦に転記ください。

算定日(訪問日)を必ず記載ください。

【注意事項】当該月に医療保険において「在宅時医学管理料」を該当利用者に算定されている場合には、居宅療養管理指導IIの算定となりますのでご注意ください。

| サービス単位数 | 公費分回数 | 公費対象単位数 | 施設所在保険者番号 | 摘要 |
|---------|-------|---------|-----------|----|
| | | | | |

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

【注意事項】居宅療養管理指導のみ請求される場合は、④・⑤・⑥の記載は不要です。

負担割合証をご確認ください。

給付率(100) 90

| | | | | | | |
|---------------|-----|---|------------------|--------|--------------|----|
| 社会福祉法人等による軽減欄 | 軽減率 | % | 受領すべき利用者負担の総額(円) | 軽減額(円) | 軽減後利用者負担額(円) | 備考 |
| | | | | | | |

【請求明細書記載事例2】生活保護（介護保険との併用）時の居宅療養管理指導請求

様式2

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・小規模多機能型居宅介護(短期利用)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用)・地域密着型通所介護)

| | | | | | | | |
|---------|-----------------|---------------------|-------------|----------|---------|-------------|--|
| 公費負担者番号 | 1 2 2 9 * * * * | 平成 | 2 7 | 年 | 4 | 月分 | |
| 公費受給者番号 | * * * * * * | 保険者番号 | 2 9 2 9 1 1 | | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 | | | | | |
| | (7桁) | キョタク リョウヨウ | | | | | |
| | 氏名 | 居宅 療養 | | | | | |
| | 生年月日 | 1.明治 2.大正 3.昭和 | 性別 | ① 男 2. 女 | | | |
| | 要介護状態区分 | 要介護 1・2・3・4・⑤ | | | | | |
| 認定有効期間 | 平成 | 2 7 | 年 | 4 | 月 | 1 日 から | |
| | 平成 | 2 8 | 年 | 3 | 月 | 3 1 日 まで | |
| 請求事業者 | 事業所番号 | 2 9 1 * * * * * * | | | | | |
| | 事業所名称 | 〇〇クリニック | | | | | |
| | 所在地 | 〒 | 1 2 3 | - | 4 5 6 7 | 奈良県〇〇市〇〇123 | |
| | 連絡先 | 電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|----------|---|-------------|---|---|-------|----|---|---|---|
| 居宅サービス計画 | 1. 居宅介護支援事業者作成 | 2. 被保険者自己作成 | | | | | | | |
| | 事業所番号 | 事業所名称 | | | | | | | |
| 開始年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 中止年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 中止理由 | 1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院 | | | | | | | | |

| 給付費明細欄 | サービス内容 | サービスコード | 単位数 | 回数 | サービス単位数 | 公費分回数 | 公費対象単位数 | 摘要 |
|--------|--------|-------------|-------------|-------|---------|-------|---------|----|
| | | 医師居宅療養管理指導Ⅰ | 3 1 1 1 1 1 | 5 0 3 | 2 | 1 0 0 | 1 0 0 | 6 |

生活保護の対象となる回数と単位数をご記入ください。

| 給付費明細欄 (住所地特例) | サービス内容 | サービスコード | 単位数 | 回数 | サービス単位数 | 公費分回数 | 公費対象単位数 | 施設所在保険者番号 | 摘要 |
|----------------|--------|---------|-----|----|---------|-------|---------|-----------|----|
| | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--------|------------------------|---------|---------|----------------------|--|--|--|------------|
| 請求額集計欄 | ①サービス種類コード / ②名称 | 3 1 | 居宅療養管理 | 「」に公費対象単位数の合計を記入ください | | | | |
| | ③サービス実日数 | 2 | 日 | | | | | |
| | ④計画単位数 | | | | | | | |
| | ⑤限度額管理対象単位数 | | | | | | | |
| | ⑥限度額管理対象外単位数 | | | | | | | |
| | ⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥ | | 1 0 0 6 | | | | | 給付率 (/100) |
| | ⑧公費分単位数 | | 1 0 0 6 | | | | | 公費 1 0 0 |
| | ⑨単位数単価 | 1 0 0 0 | 円/単位 | | | | | 合計 |
| | ⑩保険請求額 | | 9 0 5 4 | | | | | 9 0 5 4 |
| | ⑪利用者負担額 | | | | | | | |
| | ⑫公費請求額 | | 1 0 0 6 | | | | | 1 0 0 6 |
| | ⑬公費分本人負担 | | | | | | | |

公費給付率は「100」をご記入ください。

公費請求額をご記入ください。

| | | | | | | |
|---------------|-----|---|-------------------|---------|---------------|----|
| 社会福祉法人等による軽減欄 | 軽減率 | % | 受領すべき利用者負担の総額 (円) | 軽減額 (円) | 軽減後利用者負担額 (円) | 備考 |
| | | | | | | |

【請求明細書記載事例3】生活保護併用時の居宅療養管理指導請求

様式2

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・小規模多機能型居宅介護(短期利用)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用)・地域密着型通所介護)

| | | | | | | |
|---|-------------------------------------|-----------|-------------------|---|---|----|
| 公費負担者番号 | 1 2 2 9 * * * * | 平成 | 2 7 | 年 | 4 | 月分 |
| 公費受給者番号 | * * * * * * | 保険者番号 | 2 9 2 9 1 1 | | | |
| 被保険者 番号 (7桁) 氏名 生年月日 要介護 状態区分 認定有効 期間 | H 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 | 事業所 番号 | 2 9 1 * * * * * * | | | |
| | キョダク リョウゴフ | 事業所 名称 | 〇〇クリニック | | | |
| | 居宅 療養 | 所在地 | 〒 1 2 3 - 4 5 6 7 | | | |
| | 1.明治 2.大正 3.昭和 1 1 年 1 1 月 1 1 日 | 所在地 | 奈良県〇〇市〇〇123 | | | |
| | 要介護1 | 連絡先 | 電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 | | | |
| 平成 2 7 年 4 月 1 日 から 平成 2 8 年 3 月 3 1 日 まで | | | | | | |

生活保護単独(2号みなし)の方は、被保険者番号がアルファベットの「H」で始まります。

| | | | | | | | | | |
|----------|---|-------------|---|---|-------|----|---|---|---|
| 居宅サービス計画 | 1. 居宅介護支援事業者作成 | 2. 被保険者自己作成 | | | | | | | |
| 開始年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 中止年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 中止理由 | 1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院 | | | | | | | | |

| サービス内容 | サービスコード | 単位数 | 回数 | サービス単位数 | 公費分回数 | 公費対象単位数 | 摘要 |
|-------------|-------------|-------|----|---------|-------|---------|--------|
| 医師居宅療養管理指導Ⅰ | 3 1 1 1 1 1 | 5 0 3 | 2 | 1 0 0 6 | 2 | 1 0 0 6 | 7日、17日 |

生活保護の対象となる回数と単位数をご記入ください。

| サービス内容 | サービスコード | 単位数 | 回数 | サービス単位数 | 公費分回数 | 公費対象単位数 | 施設所在 保険者番号 | 摘要 |
|--------|---------|-----|----|---------|-------|---------|---------------|----|
| | | | | | | | | |

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

保険給付率は「0」、公費給付率は「100」をご記入ください。

| | | | | | | |
|---------------|-----|---|------------------|--------|--------------|----|
| 社会福祉法人等による軽減欄 | 軽減率 | % | 受領すべき利用者負担の総額(円) | 軽減額(円) | 軽減後利用者負担額(円) | 備考 |
| | | | | | | |

介護給付費単位数等サービスコード表 (平成27年4月施行版)

介護サービス

平成 27年 4月

| | |
|------------------------------------|------------|
| I 居宅サービスコード | |
| 1 訪問介護サービスコード表 | 1 |
| 2 訪問入浴介護サービスコード表 | 81 |
| 3 訪問看護サービスコード表 | 82 |
| 4 訪問リハビリテーションサービスコード表 | 90 |
| 5 居宅療養管理指導サービスコード表 | 91 |
| 6 通所介護サービスコード表 | 92 |
| 7 通所リハビリテーションサービスコード表 | 115 |
| 8 短期入所生活介護サービスコード表 | 152 |
| 9 短期入所療養介護サービスコード表 | |
| イ 介護老人保健施設における短期入所療養介護 | 170 |
| ロ 療養病床を有する病院における短期入所療養介護 | 198 |
| ハ 診療所における短期入所療養介護 | 277 |
| ニ 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院における短期入所療養介護 | 282 |
| 10 特定施設入居者生活介護サービスコード表 | 294 |
| 11 福祉用具貸与サービスコード表 | 311 |
| II 居宅介護支援サービスコード | |
| 居宅介護支援サービスコード表 | 312 |
| III 施設サービスコード | |
| 1 介護福祉施設サービスコード表 | 315 |
| 2 介護保健施設サービスコード表 | 341 |
| 3 介護療養施設サービスコード表 | |
| イ 療養病床を有する病院における介護療養施設サービス | 369 |
| ロ 療養病床を有する診療所における介護療養施設サービス | 464 |
| ハ 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院における介護療養施設サービス | 469 |
| IV 特定入所者介護サービス費サービスコード | 483 |

[脚注]

1. 単位数算定記号の説明

+〇〇単位 ⇒ 所定単位数 + 〇〇単位

-〇〇単位 ⇒ 所定単位数 - 〇〇単位

×〇〇% ⇒ 所定単位数 × 〇〇/100

〇〇%加算 ⇒ 所定単位数 + 所定単位数 × 〇〇/100

2. 各項目の留意点

各項目の留意点は以下のとおり。

| 項目 | 留意点 |
|----------|--|
| サービスコード | 数字又は英字とする。 英字は大文字アルファベットのみであり、 「I」、「O」、「Q」を除く。 |
| サービス内容略称 | 全角32文字以内とする。 |

5 居宅療養管理指導サービスコード表

| サービスコード | サービス内容略称 | 算定項目 | | 合成 単位数 | 算定 単位 | | |
|---------|--------------------|--------------------------|---|-----------------------------------|--------------------------------------|-------|-----|
| 種類 | 項目 | | | | | | |
| 31 | 1111 医師居宅療養管理指導Ⅰ | イ 医師が行う場合 (月2回限度) | (1)居宅療養管理指導費(Ⅰ) | (一)同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 503 単位 | 503 | 1回につき | |
| 31 | 1113 医師居宅療養管理指導Ⅱ | | ((2)以外) | (二)同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) 452 単位 | 452 | | |
| 31 | 1112 医師居宅療養管理指導Ⅰ | | (2)居宅療養管理指導費(Ⅱ)(在宅時 医学総合管理料等を算定する場合) | (一)同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 292 単位 | 292 | | |
| 31 | 1114 医師居宅療養管理指導Ⅱ | | | (二)同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) 262 単位 | 262 | | |
| 31 | 2111 歯科医師居宅療養管理指導Ⅰ | ロ 歯科医師が行う場合 (月2回限度) | (1)同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 503 単位 | | 503 | | |
| 31 | 2112 歯科医師居宅療養管理指導Ⅱ | | (2)同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) 452 単位 | | 452 | | |
| 31 | 1221 薬剤師居宅療養Ⅰ | ハ 薬剤師が行う場合 | (1)医療機関 の薬剤師の 場合(月2回 限度) | (一)同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 | | 553 | |
| 31 | 1222 薬剤師居宅療養Ⅰ・特薬 | | | 553 単位 | 特別な薬剤の場合 + 100 単位 | 653 | |
| 31 | 1251 薬剤師居宅療養Ⅱ | | (二)同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) | 387 単位 | | 387 | |
| 31 | 1252 薬剤師居宅療養Ⅱ・特薬 | | | 特別な薬剤の場合 + 100 単位 | | 487 | |
| 31 | 1223 薬剤師居宅療養Ⅱ | | (2)薬局の薬 剤師の場合 | (一)同一建物居住者 以外の利用者に対して 行う場合 | がん末期の患者・中心静 脈栄養患者以外の場合 (月4回限度) | | 503 |
| 31 | 1224 薬剤師居宅療養Ⅱ・特薬 | | | | 特別な薬剤の場合 + 100 単位 | 603 | |
| 31 | 1255 薬剤師居宅療養Ⅲ | | | 503 単位 | がん末期の患者・中心静 脈栄養患者の場合(月8回 限度) | | 503 |
| 31 | 1256 薬剤師居宅療養Ⅲ・特薬 | | | | 特別な薬剤の場合 + 100 単位 | 603 | |
| 31 | 1225 薬剤師居宅療養Ⅲ | | (二)同一建物居住者 に対して行う場合(同一 日の訪問) | 352 単位 | がん末期の患者・中心静 脈栄養患者以外の場合 (月4回限度) | | 352 |
| 31 | 1226 薬剤師居宅療養Ⅲ・特薬 | | | | 特別な薬剤の場合 + 100 単位 | 452 | |
| 31 | 1253 薬剤師居宅療養Ⅳ | | | 352 単位 | がん末期の患者・中心静 脈栄養患者の場合(月8回 限度) | | 352 |
| 31 | 1254 薬剤師居宅療養Ⅳ・特薬 | | | | 特別な薬剤の場合 + 100 単位 | 452 | |
| 31 | 1131 管理栄養士居宅療養Ⅰ | | ニ 管理栄養士が行う 場合(月2回限度) | (1)同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 533 単位 | | 533 | |
| 31 | 1132 管理栄養士居宅療養Ⅱ | | | (2)同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) 452 単位 | | 452 | |
| 31 | 1241 歯科衛生士等居宅療養Ⅰ | ホ 歯科衛生士等が行 う場合(月4回限度) | (1)同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 352 単位 | | 352 | | |
| 31 | 1243 歯科衛生士等居宅療養Ⅱ | | (2)同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) 302 単位 | | 302 | | |
| 31 | 1261 看護職員居宅療養Ⅰ | ヘ 看護職員が行う場 合 | (1)同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 | | 402 | | |
| 31 | 1262 看護職員居宅療養Ⅰ・准看 | | 402 単位 | | 准看護師が行う場合 × 90% | 362 | |
| 31 | 1263 看護職員居宅療養Ⅱ | | (2)同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) | | 362 | | |
| 31 | 1264 看護職員居宅療養Ⅱ・准看 | | 362 単位 | | 准看護師が行う場合 × 90% | 326 | |

介護給付費単位数等サービスコード表
(平成27年4月施行版)

介護予防サービス

平成 27年 4月

| | |
|--------------------------------------|----|
| I 介護予防サービスコード | |
| 1 介護予防訪問介護サービスコード表 | 1 |
| 2 介護予防訪問入浴介護サービスコード表 | 2 |
| 3 介護予防訪問看護サービスコード表 | 3 |
| 4 介護予防訪問リハビリテーションサービスコード表 | 11 |
| 5 介護予防居宅療養管理指導サービスコード表 | 12 |
| 6 介護予防通所介護サービスコード表 | 13 |
| 7 介護予防通所リハビリテーションサービスコード表 | 14 |
| 8 介護予防短期入所生活介護サービスコード表 | 15 |
| 9 介護予防短期入所療養介護サービスコード表 | |
| イ 介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護 | 21 |
| ロ 療養病床を有する病院における介護予防短期入所療養介護 | 30 |
| ハ 診療所における介護予防短期入所療養介護 | 60 |
| ニ 老人性認知症疾患療養病棟を有する病院における介護予防短期入所療養介護 | 62 |
| 10 介護予防特定施設入居者生活介護サービスコード表 | 68 |
| 11 介護予防福祉用具貸与サービスコード表 | 70 |
| II 介護予防支援サービスコード | |
| 介護予防支援サービスコード表 | 71 |
| III 特定入所者介護予防サービス費サービスコード | 72 |

[脚注]

1. 単位数算定記号の説明

| | | |
|-------|---|------------------------|
| +〇〇単位 | ⇒ | 所定単位数 + 〇〇単位 |
| -〇〇単位 | ⇒ | 所定単位数 - 〇〇単位 |
| ×〇〇% | ⇒ | 所定単位数 × 〇〇/100 |
| 〇〇%加算 | ⇒ | 所定単位数 + 所定単位数 × 〇〇/100 |

2. 各項目の留意点

各項目の留意点は以下のとおり。

| 項目 | 留意点 |
|----------|--|
| サービスコード | 数字又は英字とする。 英字は大文字アルファベットのみであり、 「I」、「O」、「Q」を除く。 |
| サービス内容略称 | 全角32文字以内とする。 |

5 介護予防居宅療養管理指導サービスコード表

| サービスコード | サービス内容略称 | 算定項目 | | 合成 単位数 | 算定 単位 | | | | |
|---------|----------|-----------------|--------------------------|---|----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|--------|-----|
| 種類 | 項目 | | | | | | | | |
| 34 | 1111 | 予防医師居宅療養Ⅰ 1 | イ 医師が行う場合 (月2回限度) | (1)介護予防居宅療養管理指導費(Ⅰ) ((2)以外) | (一)同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 503 単位 | 503 | 1回につき | | |
| 34 | 1113 | 予防医師居宅療養Ⅰ 2 | | (二)同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) | 452 単位 | 452 | | | |
| 34 | 1112 | 予防医師居宅療養Ⅱ 1 | | (2)介護予防居宅療養管理指導費 (Ⅱ)(在宅時医学総合管理料等を算 定する場合) | (一)同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 | 292 単位 | | 292 | |
| 34 | 1114 | 予防医師居宅療養Ⅱ 2 | | (二)同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) | 262 単位 | 262 | | | |
| 34 | 2111 | 予防歯科医師居宅療養Ⅰ | ロ 歯科医師が行う場 合(月2回限度) | (1)同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 | 503 単位 | 503 | | | |
| 34 | 2112 | 予防歯科医師居宅療養Ⅱ | | (2)同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) | 452 単位 | 452 | | | |
| 34 | 1221 | 予防薬剤師居宅療養Ⅰ 1 | ハ 薬剤師が行う場合 | (1)医療機関 の薬剤師の 場合(月2回 限度) | (一)同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 | 553 単位 | 特別な薬剤の場合 + 100 単位 | 653 | |
| 34 | 1222 | 予防薬剤師居宅療養Ⅰ 1・特薬 | | | (二)同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) | 387 単位 | 特別な薬剤の場合 + 100 単位 | 487 | |
| 34 | 1251 | 予防薬剤師居宅療養Ⅰ 2 | | (2)薬局の薬 剤師の場合 | (一)同一建物居住者 以外の利用者に対して 行う場合 | がん末期の患者・中心静 脈栄養患者以外の場合 (月4回限度) | 特別な薬剤の場合 + 100 単位 | 603 | |
| 34 | 1252 | 予防薬剤師居宅療養Ⅰ 2・特薬 | | | | がん末期の患者・中心静 脈栄養患者の場合(月8回 限度) | 特別な薬剤の場合 + 100 単位 | 603 | |
| 34 | 1223 | 予防薬剤師居宅療養Ⅱ 1 | | (二)同一建物居住者 に対して行う場合(同一 日の訪問) | 503 単位 | がん末期の患者・中心静 脈栄養患者以外の場合 (月4回限度) | 特別な薬剤の場合 + 100 単位 | 452 | |
| 34 | 1224 | 予防薬剤師居宅療養Ⅱ 1・特薬 | | | | がん末期の患者・中心静 脈栄養患者の場合(月8回 限度) | 特別な薬剤の場合 + 100 単位 | 452 | |
| 34 | 1255 | 予防薬剤師居宅療養Ⅱ 2 | | ニ 管理栄養士が行う 場合(月2回限度) | (1)同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 | 533 単位 | 533 | | |
| 34 | 1256 | 予防薬剤師居宅療養Ⅱ 2・特薬 | | | | (2)同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) | 452 単位 | 452 | |
| 34 | 1225 | 予防薬剤師居宅療養Ⅱ 3 | | | (1)同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 | 352 単位 | 352 | | |
| 34 | 1226 | 予防薬剤師居宅療養Ⅱ 3・特薬 | | | | (2)同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) | 302 単位 | 302 | |
| 34 | 1253 | 予防薬剤師居宅療養Ⅱ 4 | | | ヘ 看護職員が行う場 合 | (1)同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 | 402 単位 | 402 | |
| 34 | 1254 | 予防薬剤師居宅療養Ⅱ 4・特薬 | | | | | (2)同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) | 362 単位 | 362 |
| 34 | 1263 | 予防看護職員居宅療養Ⅱ | | ホ 歯科衛生士等が行 う場合(月4回限度) | (1)同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 | 352 単位 | 352 | | |
| 34 | 1242 | 予防歯科衛生士等居宅療養Ⅱ | | | | (2)同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) | 302 単位 | 302 | |
| 34 | 1261 | 予防看護職員居宅療養Ⅰ | ニ 管理栄養士が行う 場合(月2回限度) | (1)同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 | 533 単位 | 533 | | | |
| 34 | 1262 | 予防看護職員居宅療養Ⅰ・准看 | | | (2)同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) | 452 単位 | 452 | | |
| 34 | 1263 | 予防看護職員居宅療養Ⅱ | | (1)同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 | 352 単位 | 352 | | | |
| 34 | 1264 | 予防看護職員居宅療養Ⅱ・准看 | | | (2)同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) | 302 単位 | 302 | | |
| 34 | 1261 | 予防看護職員居宅療養Ⅰ | ヘ 看護職員が行う場 合 | (1)同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 | 402 単位 | 402 | | | |
| 34 | 1262 | 予防看護職員居宅療養Ⅰ・准看 | | | (2)同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) | 362 単位 | 362 | | |
| 34 | 1263 | 予防看護職員居宅療養Ⅱ | ホ 歯科衛生士等が行 う場合(月4回限度) | (1)同一建物居住者以外の利用者に対して行う場合 | 352 単位 | 352 | | | |
| 34 | 1264 | 予防看護職員居宅療養Ⅱ・准看 | | | (2)同一建物居住者に対して行う場合(同一日の訪問) | 302 単位 | 302 | | |