

サービス提供証明書

(介護予防短期入所生活介護)

公費負担者番号									
公費受給者番号									

平成		年		月分	
保険者番号					

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

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

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

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

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

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

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

社会福祉法人等による 軽減欄	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
	24	介護予防短期入所生活介護					