

サービス提供証明書

(訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費)

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					
	要支援状態区分等	事業対象者・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	(印)										
	所在地	〒										
	連絡先	電話番号										

介護予防サービス計画	3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成													
	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
-------	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---	-------	----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

事業費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要						

事業費明細欄 (住所地特例対象者)	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	施設所在 保険者番号	摘要		

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