サービス提供証明書

（介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防居宅療養管理指導・介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護）

公費負担者番号	
公費受給者番号	

令和			年		月分
保険者番号					

被保険者		
	被保険者番号	
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名	
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 年 月 日
	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	令和 年 月 日 から
		令和 年 月 日 まで

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	

開始年月日	令和 年 月 日	中止年月日	令和 年 月 日
中止理由	1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院 9.介護医療院入所		

給付費明細欄

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

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							保険
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保険請求額							
⑪利用者負担額							
⑫公費請求額							
⑬公費分本人負担							

社会福祉法人等による軽減欄

軽減率		%	受領すべき利用者負担の総額(円)	軽減額(円)	軽減後利用者負担額(円)	備考
61	介護予防訪問介護					
65	介護予防通所介護					
74	介護予防認知症対応型通所介護					
75	介護予防小規模多機能型居宅介護					

	枚中		枚目