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	

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	

入所年月日	令和	年 月 日
退所年月日	令和	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

請求額集計欄			
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					

	枚中		枚目