

# サービス提供証明書

(介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護)

|         |  |       |  |   |  |   |  |   |
|---------|--|-------|--|---|--|---|--|---|
| 公費負担者番号 |  | 令和    |  | 年 |  | 月 |  | 分 |
| 公費受給者番号 |  | 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 | 令和      |           |      |      |  |  |  |  |  |  |  | 日  | から  |     |
|        | 令和      |           |      |      |  |  |  |  |  |  |  | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 退所年月日    | 令和 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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<br>日数 | サービス単位数 | 公費分<br>回数等 | 公費対象単位数 | 摘要 |
|--------|--------|---------|-----|----------|---------|------------|---------|----|
|        | 合計     |         |     |          |         |            |         |    |

|          |             |           |    |      |            |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------|-------------|-----------|----|------|------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 緊急時施設療養費 | 緊急時傷病名      | ①         | ②  | ③    | 緊急時治療開始年月日 | 令和    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|          | 緊急時治療管理(再掲) |           | 単位 |      | 単位×        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|          | 特定治療        | リハビリテーション |    | 点    |            | 摘要    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|          |             | 処置        |    | 点    |            |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|          |             | 手術        |    | 点    |            |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|          |             | 麻酔        |    | 点    |            |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 放射線治療    |             | 点         |    |      |            |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|          | 合計          |           | 点  |      |            |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 往診日数     |             | 医療機関名     |    | 通院日数 |            | 医療機関名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|       |      |    |     |    |        |      |        |    |  |  |  |
|-------|------|----|-----|----|--------|------|--------|----|--|--|--|
| 特別療養費 | 傷病名  |    |     |    |        |      |        |    |  |  |  |
|       | 識別番号 | 内容 | 単位数 | 回数 | 保険分単位数 | 公費回数 | 公費分単位数 | 摘要 |  |  |  |
|       | 合計   |    |     |    |        |      |        |    |  |  |  |

| 請求額集計欄     | 区分           | 保険分 | 公費分  | 保険分特定治療・特別療養費 | 公費分特定治療・特別療養費 |          |
|------------|--------------|-----|------|---------------|---------------|----------|
|            | 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給付点数・単位数    |     |      |               |               |          |
|            | ⑤点数・単位数単価    |     | 円/単位 |               | 10円/点・単位      | 10円/点・単位 |
|            | ⑥給付率         |     | /100 |               | /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 |  |