

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(短期利用以外)・介護予防小規模多機能型居宅介護(短期利用))

公費負担者番号												平成・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											請求事業者	事業所番号									
	(フリガナ) 氏名												事業所名称									
	生年月日	1.明治	2.大正	3.昭和	性別	1.男	2.女	所在地														
	要支援状態区分	要支援1・要支援2											〒									
	認定有効期間	H・R		年		月		日	から	H・R			年		月		日	まで	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											
開始年月日	H・R		年		月		日	中止年月日	H・R		年		月		日	事業所番号		事業所名称				
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		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																					
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数) + ⑥																					
	⑧公費分単位数																					
	⑨単位数単価		円/単位	円/単位	円/単位	円/単位	円/単位	円/単位	円/単位	円/単位	円/単位	円/単位	円/単位	円/単位	円/単位	円/単位	円/単位	円/単位	円/単位			
	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												