

サービス提供証明書

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護・複合型サービス)

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												
	(7カガ)													事業所番号												
	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	〒												
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5												連絡先	電話番号											
認定有効期間	H・R		年		月		日	から	H・R		年		月		日	まで										
居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成												事業所番号							事業所名称						
開始年月日	H・R		年		月		日	中止年月日	H・R		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																									
	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	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																