

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	

平成・令和		年		月分	
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	H・R		年		月		日	から			
	H・R		年		月		日	まで			

請求事業者	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	H・R		年		月		日
退所年月日	H・R		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	
	合計								

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					