様式５－２

サービス提供証明書

（病院・診療所における介護予防短期入所療養介護）

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				
(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	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							

特定診療費

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	保険分特定診療費	公費分特定診療費
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給付単位数				
⑤単位数単価	円／単位		10 円／単位	10 円／単位
⑥給付率	／100	／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

	枚中		枚目