

サービス提供証明書  
(介護予防認知症対応型共同生活介護 (短期利用))

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 年 月 日 性別 1.男 2.女
	要支援 状態区分	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	

入居年月日	H・R	年	月	日
退居年月日	H・R	年	月	日
短期利用 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)		