

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									

令和		年		月分	
保険者番号	1	1	3	2	6

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	1. 平成			年		月		日	から	
	令和			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	1. 平成			年		月		日
退所年月日	2. 令和			年		月		日
短期入所 実日数								

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							

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)		

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					