

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 |  | 令和    |   | 年 |   | 月分 |   |   |
| 公費受給者番号 |  | 保険者番号 | 1 | 1 | 3 | 2  | 6 | 6 |

|        |         |       |      |      |    |           |   |    |       |  |   |  |   |  |   |    |
|--------|---------|-------|------|------|----|-----------|---|----|-------|--|---|--|---|--|---|----|
| 被保険者   | 被保険者番号  |       |      |      |    |           |   |    |       |  |   |  |   |  |   |    |
|        | (7桁)    |       |      |      |    |           |   |    |       |  |   |  |   |  |   |    |
|        | 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 2 |      |      |    |           |   |    |       |  |   |  |   |  |   |    |
| 認定有効期間 | 1. 平成   |       | 年    |      | 月  |           | 日 | から | 2. 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                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|          |       |  |   |  |   |  |   |
|----------|-------|--|---|--|---|--|---|
| 入居年月日    | 1. 平成 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 退居年月日    | 2. 令和 |  | 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<br>日数 | サービス単位数 | 公費分<br>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)  |      |      |