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	in in				年				F	分											
公費受給者番号											保	険者	番号		1	1	3		2	6		6									
	被保険者 番号														事業所 番号										İ						
被保険者	(フリカ゛ナ)												事業所																		
	氏名													名称		〒	=														
	1.明治 2.大正					3.昭和 ##						1	請求事					ı	1		1 1		ı								
	生年月日年				月	性別 1. 男 2.						女		事 業 所在地 者																	
	要支援状態区分					要支援 2																									
	認定有効期間		1. 平成 2. 令和		年	年月月				日 から						\/./	/.h. rl														
			令和		年			月				日	まで		걘		連將	各先		電話番号											
۸÷	# マ. [十:	2.被	保険者自己	上作成 :	3. 介記	介護予防支援事業者作成									入居年月1			月日	1.	平成	ζ		4	年			月			日	
介護予防 2.機保険者自己作成 3. が サービス 事業所番号				1									退居年月日					· 令和		<u> </u>	_	年	+	_	月			日			
計画	計画事業所名称												短期利用 実日数																		
		サー	ビス内容	ξ.		サー	-ビン	スコー	- K		单	位	数	<u></u>	数 数	+	+ —	ビス単位	数	公費分	4	公費対	计象单	単位	数			摘要	į	•	
給社											Н	日数 / 37.平区数			凹級。	数等 乙貝凡豕平匹数 加女															
																						_									
給付費明細						<u> </u>																									
細細						<u> </u>			_		_	_																			
欄						<u> </u>			1			_										_									
						<u> </u>			_		_	_	_				<u> </u>					_									
									_			_																			
						<u> </u>									<u> </u>		1														
合計																															
			保険分							公費分																					
請求額集計欄	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			ζ																											
	④給付単位数																														
計欄	⑤単位数単価						円/単位			位																					
1144	⑥給付率								/1	100						/100															
	⑦請求額(円)																														
	8利月	⑧利用者負担額(円)																													

Ⅰ 枚甲 Ⅰ Ⅰ 枚目		枚中		枚目
-------------	--	----	--	----