

サービス提供証明書  
(介護医療院における介護予防短期入所療養介護)

公費負担者番号												令和		年		月					
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																				
	(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															から					
	2.令和	令和															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		令和															年		月		日
		短期入所 実日数																			
基本摘要	摘要種類	内容																			
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																				
緊急時施設診療費	緊急時傷病名	① ② ③																			
	緊急時治療管理(再掲)	単位	単位× 日																		
	特定治療	リハビリテーション	点	摘要																	
		処置	点																		
		手術	点																		
		麻酔	点																		
放射線治療	点																				
合計	点																				
往診日数	医療機関名																				
通院日数	医療機関名																				
特別診療費	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	保険分特定治療・特別診療費	公費分特定治療・特別診療費																
	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給付点数・単位数																				
	⑤点数・単位数単価	円/単位			10円/点・単位			10円/点・単位													
	⑥給付率	/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									