

サービス提供証明書
(介護保健施設サービス)

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															
	(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										
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5														
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 _____													

入所年月日	1. 平成	年		月		日		退所年月日	令和	年		月		日		入所実日数	外泊日数	
主傷病	入所前の状況																	
退所後の状況	1. 居宅 2. 医療機関 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院																	

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							

所定疾患施設療養費等	所定疾患施設療養費	傷病名	① _____ ② _____ ③ _____	所定疾患施設療養開始年月日	① 令和 _____年 _____月 _____日 ② 令和 _____年 _____月 _____日 ③ 令和 _____年 _____月 _____日	
	緊急時治療管理	傷病名	① _____ ② _____ ③ _____	緊急時治療開始年月日	① 令和 _____年 _____月 _____日 ② 令和 _____年 _____月 _____日 ③ 令和 _____年 _____月 _____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
------	-------	------	-------

特別療養費	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・特別療養費	公費分特定治療・特別療養費
	①点数・単位数合計				
	②点数・単位数単価	円/単位	10円/点・単位		
	③給付率	/100	/100		
	④請求額(円)				
⑤利用者負担額(円)					

介護サービス費	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
----	----