

参考様式

サービス提供証明書  
(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
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														

居宅サービス計画	1.居宅介護支援事業者作成 2.被保険者自己作成	入居年月日	1.平成		年		月		日
	事業所番号								
	事業所名称								
		退居年月日	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 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)		