

サービス提供証明書
 (特定施設入居者生活介護(短期利用)・地域密着型特定施設入居者生活介護(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										
	(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									

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					
	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							

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)		