

サービス提供証明書

(介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防居宅療養管理指導・介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・介護予防小規模多機能型居宅介護(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	
	要支援状態区分	要支援1・要支援2						
	認定有効期間	1.平成		年		月		日
	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						

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										
開始年月日	1.平成		年		月		日	中止年月日	令和		年		月		日
中止理由	1.非該当 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他 6.介護老人福祉施設入所 7.介護老人保健施設入所 8.介護療養型医療施設入院 9.介護医療院入所														

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要	

サービス内容 (住所地特例対象者)	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	施設所在	摘要
							保険者番号	

請求額集計欄	①サービス種類コード /②名称									
	③サービス実日数		日		日		日		日	
	④計画単位数									
	⑤限度額管理対象単位数									
	⑥限度額管理対象外単位数								給付率 (/100)	
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) +⑥								保険	
	⑧公費分単位数								公費	
	⑨単位数単価			円/単位		円/単位		円/単位	円/単位	合計
	⑩保険請求額									
	⑪利用者負担額									
	⑫公費請求額									
	⑬公費分本人負担									

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率		%	受領すべき利用者負担の総額 (円)	軽減額 (円)	軽減後利用者負担額 (円)	備考