

## 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									
公費受給者番号									

令和		年		月		分
保険者番号						

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	令和		年		月		日	から	令和		年		月	

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	令和		年		月		日
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
請 求 額 集 計 欄	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
	⑦請求額(円)		
	⑧利用者負担額(円)		