

サービス提供証明書

(介護予防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									
	要支援 状態区分	要支援2														
	認定有効期 間	令和		年		月		日	から	令和		年		月		日

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															

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								

請 求 額 集 計 欄	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
	⑦請求額(円)		
	⑧利用者負担額(円)		

枚中	枚目
----	----