

サービス提供証明書
(短期入所生活介護)

公費負担者番号									
公費受給者番号									

平成			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							
			年			月			日										
	要介護状態区分	要支援・1・2・3・4・5																	
認定有効期間	平成			年			月			日	から								
	平成			年			月			日	まで								

請求事業所	事業所番号																			
	事業所名称	印																		
	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																		

入所年月日	平成			年			月			日	
退所年月日	平成			年			月			日	
短期入所 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限度管理対象単位数								
	③限度管理対象外単位数								
	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）									