

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		平成		年		月分
公費受給者番号		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	平成		年		月		日	から	平成		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										

入居年月日	平成		年		月		日
退居年月日	平成		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	/100
	⑦請求額（円）		
	⑧利用者負担額（円）		