

サービス提供証明書

(訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所リハ・福祉用具貸与)

公費負担者番号										平成・令和			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	
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5							
認定有効期間	平成 令和			年		月		日	から
	平成 令和			年		月		日	まで

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

開始年月日	平成 令和			年			月			日	中止年月日	平成 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所																				

給付費明細欄	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	

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									
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥									
	⑧公費分単位数									
	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
	11 訪問介護						
	15 通所介護						
	71 夜間対応型訪問介護						
	72 認知症対応型通所介護						
73 小規模多機能型居宅介護							