

サービス提供証明書

(介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防居宅療養管理指導・

介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与)

公費負担者番号																						
公費受給者番号																						

平成・令和			年			月			分													
保険者番号																						

被保険者	被保険者番号																					
	(7桁) 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

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										

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院																					

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																
	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				
	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
	61	介護予防訪問介護					
	65	介護予防通所介護					
	74	介護予防認知症対応型通所介護					
	75	介護予防小規模多機能型居宅介護					