

**サービス提供証明書**  
(介護予防短期入所生活介護)

公費負担者番号	
公費受給者番号	

		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 年 月 日 性別 1.男 2.女
	要支援状態区分	要支援1・要支援2
認定有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	

請求事業者	事業所番号	
	事業所名称	印
	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

入所年月日	年	月	日
退所年月日	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							

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)		

特定入所者介護予防サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額	
		合計									
						保険分 請求額(円)		公費分 請求額		公費分本人負担月額	

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
	24	介護予防短期入所生活介護				