

**サービス提供証明書**  
(介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護)

公費負担者番号										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								
	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							

緊急時施設療養費	緊急時傷病名	① ② ③	緊急時治療開始年月日				①平成 ②平成 ③平成	年	年	月	月	日	日
	緊急時治療管理(再掲)		単位		単位×								
	特定治療	リハビリテーション		点	摘要								
		処置		点									
		手術		点									
		麻酔		点									
放射線治療			点										
	合計		点										
往診日数		医療機関名		通院日数		医療機関名							

特別療養費	傷病名											
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要				
	合計											

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定治療・特別療養費	公費分特定治療・特別療養費
	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給付点数・単位数				
	⑤点数・単位数単価		円/単位		10円/点・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