

サービス提供証明書

(介護予防訪問介護・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・介護予防通所介護・
介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護)

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	
	(7桁) 氏名	
	生年月日	1.明治 2.大正 3.昭和 年 月 日
	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	

開始年月日	年	月	日	中止年月日	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	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						給付率 (/100)
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) +⑥						保険
	⑧公費分単位数						公費
	⑨単位数単価	円/単位	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
	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				