

サービス提供証明書
(訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費)

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
	要支援状態区分等	事業対象者・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	3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成	
	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
-------	---	---	---	-------	---	---	---

事業費明細欄	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

事業費明細欄 (住所地特例対象者)	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	施設所在保険者番号	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		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		⑩事業費請求額		⑪利用者負担額		⑫公費請求額		⑬公費分本人負担	
		日	日										円/単位	円/単位	円/単位	円/単位							
	給付率 (100)										事業												
	合計										公費												