

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

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																
	要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5																
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																

居室サービス計画	1.居室介護支援事業者作成 2.被保険者自己作成																
	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 ② ③			年	年	年	月	月	月	日	日	日	
	緊急時治療管理(再掲)	単位	単位×	日														
	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	10円/点・単位
	⑥給付率		/100		/100	/100
	⑦請求額(円)					
	⑧利用者負担額(円)					

特定入所者介護サービス費	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		