

サービス提供証明書
(病院・診療所における短期入所療養介護)

| | |
|---------|--|
| 公費負担者番号 | |
| 公費受給者番号 | |

| | | | | | |
|-------|--|---|--|---|--|
| 令和 | | 年 | | 月 | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| | 要介護状態区分 | 要介護 1・2・3・4・5 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 認定有効期間 | 令和 | | 年 | | 月 | | 日 | から | 令和 | | 年 | | 月 | | 日 |

| | | | | | | | | | | | |
|-----|-------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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. 居宅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 | 令和 | | 年 | | 月 | | 日 |
| 退所年月日 | 令和 | | 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 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|-------|------|----|-----|----|--------|------|--------|----|
| 特定診療費 | 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 | 保険分特定診療費 | 公費分特定診療費 |
|-------------|--------------|-----|------|----------|----------|
| | 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給付単位数 | | | | |
| | ⑤単位数単価 | | 円/単位 | 10円/単位 | 10円/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 |