

サービス提供証明書
(介護予防認知症対応型共同生活介護 (短期利用))

公費負担者番号	
公費受給者番号	

令和		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	性別	1.男	2.女				
	要支援状態区分	要支援 2									
認定有効期間	令和		年		月		日	から			
	令和		年		月		日	まで			

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										

入居年月日	令和		年		月		日
退居年月日	令和		年		月		日
短期利用 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								

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	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
	⑥給付率	/100	/100
	⑦請求額 (円)		
	⑧利用者負担額 (円)		