

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 (短期利用以外))

|         |  |
|---------|--|
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|        |  |  |   |  |   |  |   |       |    |  |   |  |   |  |   |       |  |      |  |
|--------|--|--|---|--|---|--|---|-------|----|--|---|--|---|--|---|-------|--|------|--|
| 入居年月日  | 令和   |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 退居年月日 | 令和 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 入居実日数 |  | 外泊日数 |  |
| 入居前の状況 | 1.居宅 2.医療機関 3.介護老人福祉施設 4.介護老人保健施設 5.介護療養型医療施設 6.認知症対応型共同生活介護 7.特定施設入居者生活介護 8.その他 9.介護医療院 |  |   |  |   |  |   |       |    |  |   |  |   |  |   |       |  |      |  |
| 退居後の状況 | 1.居宅 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 9.介護医療院入所               |  |   |  |   |  |   |       |    |  |   |  |   |  |   |       |  |      |  |

| 給付費明細欄 | サービス内容 | サービスコード | 単位数 | 回数<br>日数 | サービス単位数 | 公費分<br>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単位数合計   |      |      |
|             | ②単位数単価   | 円/単位 |      |
|             | ③給付率     | /100 | /100 |
|             | ④請求額 (円) |      |      |
| ⑤利用者負担額 (円) |          |      |      |