

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	

平成・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 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	H・R 年 月 日 から H・R 年 月 日 まで

請求事業者	事業所番号	
	事業所名称	
	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	H・R	年	月	日	中止年月日	H・R	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

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	日	日	日	日			
	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							給付率 (/100)
	⑦給付単位数 (④⑤のうち少ない数) + ⑥							事業
	⑧公費分単位数							公費
	⑨単位数単価	円/単位	円/単位	円/単位	円/単位	円/単位	円/単位	合計
	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								

社会福祉法人等による軽減欄	軽減率	%	受領すべき利用者負担の総額 (円)	軽減額 (円)	軽減後利用者負担額 (円)	備考