

サービス提供証明書
(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 | |

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

| | | | | | | | | | | | |
|----------|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 居宅サービス計画 | 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 | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|----------|-----|--|--|---|--|--|---|--|--|---|
| 入居年月日 | H・R | | | 年 | | | 月 | | | 日 |
| 退居年月日 | H・R | | | 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) | | |