サービス提供証明書

（訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・
夜間対応型訪問介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護）

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						
(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏名						
生年月日	1.明治　2.大正　3.昭和 年　月　日		性別	1. 男　2. 女		
要介護状態区分	要介護１・２・３・４・５					
認定有効期間	平成・令和	年　月　日	から			
	平成・令和	年　月　日	まで			

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	

開始年月日	平成・令和	年	月	日	中止年月日	平成・令和	年	月	日
中止理由	1.非該当　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								

給付費明細欄

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				保険
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　合計
⑩保険請求額				
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
11	訪問介護					
15	通所介護					
71	夜間対応型訪問介護					
72	認知症対応型通所介護					
73	小規模多機能型居宅介護					

	枚中		枚目