様式第六の五（附則第二条関係）

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	

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	1. 平成 2. 令和	年	月	日	から
		令和	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	1. 平成 2. 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）		

	枚中		枚目