

様式第六の三 (附則第二条関係)

サービス提供証明書

(特定施設入居者生活介護 (短期利用以外)・地域密着型特定施設入居者生活介護 (短期利用以外))

|         |  |       |  |   |  |    |
|---------|--|-------|--|---|--|----|
| 公費負担者番号 |  | 令和    |  | 年 |  | 月分 |
| 公費受給者番号 |  | 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<br>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                               |

|        |  |       |       |    |       |       |      |
|--------|--|-------|-------|----|-------|-------|------|
| 入居年月日  | 1.平成 2.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     |         |     |          |         |            |         |    |  |

| 区分              | 保険分  | 公費分  |
|-----------------|------|------|
| ①外部利用型給付上限単位数   |      |      |
| ②外部利用型上限管理対象単位数 |      |      |
| ③外部利用型外給付単位数    |      |      |
| 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)     |      |      |