

様式第二 (附則第二条関係)

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・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・小規模多機能型居宅介護(短期利用)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用))

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	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		年		月		日	から
	2.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		
開始年月日	1.平成		年		月		日
	2.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 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	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要	

給付費明細欄 (住所地特例対象者)	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	施設所在保険者番号	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	
	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	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