

様式第四の二 (附則第二条関係)

サービス提供証明書
(介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護)

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				
	要支援状態区分	要支援1・要支援2									
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										

介護予防サービス計画	2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者作成										
	事業所番号										
	事業所名称										
入所年月日	1. 平成		年		月		日				
退所年月日	2. 令和		年		月		日				
短期入所 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							

緊急時施設療養費	緊急時傷病名	①								
		②								
		③								
	緊急時治療管理(再掲)	単位	単位×	日						
	特定治療	リハビリテーション	点	摘要						
		処置	点							
手術		点								
麻酔		点								
放射線治療	点									
合計	点									
往診日数	医療機関名				通院日数	医療機関名				

特別療養費	傷病名								
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要	
	合計								

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定治療・特別療養費	公費分特定治療・特別療養費
	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給付点数・単位数				
	⑤点数・単位数単価		円/単位	10円/点・単位	10円/点・単位
	⑥給付率		/100	/100	/100
	⑦請求額(円)				
	⑧利用者負担額(円)				

特定入所者 介護予防サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額	
	合計										
							保険分請求額(円)	公費分請求額	公費分本人負担月額		