

サービス提供証明書
(短期入所生活介護)

公費負担者番号									
公費受給者番号									

平成		年		月分	
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	要支援・1・2・3・4・5								
認定有効期間	年		月		日	から				
	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			

短期入所計画日数		日	サービス提供日	1	2	3	4	5	6	7
				8	9	10	11	12	13	14
				15	16	17	18	19	20	21
短期入所実日数		日		22	23	24	25	26	27	28
				29	30	31				

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単位数合計		
	②単位数単価	円/単位	
	③給付率	/100	/100
	④請求額(円)		
	⑤利用者負担額(円)		

サービス提供証明書
(介護老人保健施設における短期入所療養介護)

公費負担者番号						平成		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	要支援・1・2・3・4・5									
認定有効 期間	年	月	日	から							
	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	

短期入所 計画日数		日	サービス 提供日	1	2	3	4	5	6	7	
短期入所 実日数	日	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
		27	28	29	30	31					

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 開始年月日	① 平成		年		月		日	
	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										

請 求 額 集 計 欄	区分	保険分	公費分	保険分特定治療	公費分特定治療
	①点数・単位数合計				
	②点数・単位数単価	円/単位		10円/点	10円/点
	③給付率	/100	/100	/100	/100
	④請求額(円)				
	⑤利用者負担額(円)				

枚中 枚目

サービス提供証明書
(病院・診療所における短期入所療養介護)

公費負担者番号																				
公費受給者番号																				

平成					年					月					分
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	要支援・1・2・3・4・5																		
	認定有効期間	年	月	日	から	年	月	日												

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

短期入所計画日数	日	サービス提供日	1	2	3	4	5	6	7
			8	9	10	11	12	13	14
			15	16	17	18	19	20	21
短期入所実日数	日		22	23	24	25	26	27	28
			29	30	31				

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								

特定診療費	区分	保険分(単位)	公費分(単位)	傷病名
	1. 指導管理等			摘要
	2. 単純エクササイズ			
	3. リハビリテーション			
	4. 精神科専門療法			
	5.			
	6.			
合計				

請求額集計欄	区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
	①単位数合計				
	②単位数単価		円/単位	10円/単位	10円/単位
	③給付率	/100	/100	/100	/100
	④請求額(円)				
	⑤利用者負担額(円)				

枚中	枚目
----	----

サービス提供証明書

(痴呆対応型共同生活介護・特定施設入所者生活介護)

様式-3

公費負担者番号																				
公費受給者番号																				

平成						年						月分
----	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	----

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	要支援・1・2・3・4・5																				
	認定有効期間	初			年			月			日	から	初			年			月			日

事業者	事業所番号																						
	事業所名称																						
	所在地	〒																					
	連絡先	電話番号																					

入所年月日	初			年			月			日	退所年月日	初			年			月			日	入所実日数									外泊日数								
退所後の状況		1. 居宅 2. 介護施設 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他																																					

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		公費対象単位数	摘要
					回数等			
合計								

請求額集計欄	区分	保険分				公費分			
	①単位数合計								
	②単位数単価					円/単位			
	③給付率	/100				/100			
	④請求額(円)								
	⑤利用者負担額(円)								

枚中 枚目

指定居宅介護支援提供証明書

平成 年 月 分

公費負担者番号

保険者番号

居宅介護 支援事業者	事業所 番号		所在地	〒					
	事業所 名称		連絡先	電話番号					
			単位数単価	(円/単位)					

項番	被保険者										請求計算							
	被保険者番号		(フリガナ)									サービス コード						
	公費受給者番号		氏名															
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和	性別	1. 男 2. 女							単位数							
	要介護 状態区分	要支援・1・2・3・4・5	認定 有効期間	職	年	月	日	から	職	年	月	日	まで	請求 金額				
	居宅サービス計画作成依頼届出年月日										職	年	月	日				
	被保険者番号		(フリガナ)									サービス コード						
	公費受給者番号		氏名															
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和	性別	1. 男 2. 女							単位数							
	要介護 状態区分	要支援・1・2・3・4・5	認定 有効期間	職	年	月	日	から	職	年	月	日	まで	請求 金額				
	居宅サービス計画作成依頼届出年月日										職	年	月	日				

サービス提供証明書
(介護老人福祉施設)

様式-5

公費負担者番号																				
公費受給者番号																				

平成						年						月分								
----	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	----	--	--	--	--	--	--	--	--

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	要支援等・1・2・3・4・5						旧措置入所者特例	1. 無	2. 有												
	認定有効期間	平成			年			月			日	から	平成			年			月			日

事業者	事業所番号																			
	事業所名称																			
	所在地	〒																		
	連絡先	電話番号																		

入所年月日	平成			年			月			日	退所年月日	平成			年			月			日	入所実日数											外泊日数										
退所後の状況		1. 居宅 2. 介護施設 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他																																									

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単位数合計				
	②単位数単価		円/単位	/	
	③給付率		/100		/100
	④請求額(円)				
⑤利用者負担額(円)					

食事費用欄	食事提供費				標準負担額(月額)				食事提供費請求額				標準負担額			
	基本	日数	単価	金額												
	特別食	延べ日数	公費日数	合計	公費請求分											

枚中 枚目

サービス提供証明書
(介護老人保健施設)

様式-6

公費負担者番号														
公費受給者番号														

平成			年			月			分
----	--	--	---	--	--	---	--	--	---

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	1・2・3・4・5																				
	認定有効期間	平成			年			月			日	から	平成			年			月			日

事業者	事業所番号													
	事業所名称													
	所在地													
	連絡先 電話番号													

入所年月日	平成			年			月			日	退所年月日	平成			年			月			日	入所実日数						外泊日数					
主傷病														退所後の状況	1.居宅 2.介護施設 3.医療機関入院 4.死亡 5.その他																		

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	緊急時治療開始年月日				① 平成			年			月			日
	緊急時治療管理(再掲)	単位		単位×		日	摘要									
	特定治療	リハビリテーション	点													
		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			
------	--	--	--	-------	--	--	--	------	--	--	--	-------	--	--	--

請求額集計欄	区分	保険分			公費分			保険分特定治療			公費分特定治療				
	①点数・単位数合計														
	②点数・単位数単価				円/単位			10円/点			10円/点				
	③給付率				/100			/100				/100			
	④請求額(円)														
	⑤利用者負担額(円)														

食事費用欄	食事提供費						標準負担額(月額)						食事提供費請求額						標準負担額					
	基本	日数		単価		金額																		
	特別食	延べ日数		公費日数		合計	公費請求分																	

枚中 枚目

サービス提供証明書
(介護療養型医療施設)

様式-7

公費負担者番号										
公費受給者番号										

平成		年		月		分
----	--	---	--	---	--	---

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	1・2・3・4・5														
認定有効期間	平成		年		月		日	から	平成		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								

入院年月日	平成		年		月		日	退院年月日	平成		年		月		日	入院実日数		外泊日数		
主傷病															退院後の状況	1. 居宅	2. 介護施設	3. 医療機関入院	4. 死亡	5. その他

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		公費対象単位数	摘要
					回数等	単位数		
合計								

区分	保険分 (単位)	公費分 (単位)	傷病名
1. 指導管理等			摘要
2. 単純エクサ線			
3. リハビリテーション			
4. 精神科専門療法			
5.			
6.			
合計			

区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
①単位数合計				
②単位数単価		円/単位	10円/単位	10円/単位
③給付率	/100	/100	/100	/100
④請求額 (円)				
⑤利用者負担額 (円)				

食事提供費				標準負担額 (月額)		食事提供費請求額		標準負担額	
基本	日数	単価	金額						
特別食	延べ日数	公費日数	合計		公費請求分				

枚中 枚目