

介護給付費の請求

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)

公費負担者番号	
公費受給者番号	

令和		年		月			
保険者番号		4	7	2	0	1	9

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 / 要介護 1・2・3・4・5														
	認定有効期間	令和		年		月		日	から	令和		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				

開始年月日	令和		年		月		日	中止年月日	令和		年		月		日	中止理由	1. 非該当 2. 介護保険施設 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	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	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		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の内少ない数)+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
	⑩保険請求額									合計
	⑪利用者負担額									
	⑫公費請求額									
	⑬公費分本人負担									