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	

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 年　月　日
	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	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

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	平成			年			月			日	中止年月日	平成			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				▲		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																													

	枚中		枚目