介護給付費の請求

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	
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

短期入所計画日数			日
短期入所実日数			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
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	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 ②平成　年　月　日 ③平成　年　月　日
緊急時治療管理（再掲）		単位	単位×	日
特定治療	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ	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