## 介護給付費の請求

# 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）

| | |
|---|---|
| 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)<br>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 | 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 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 枚中 | | 枚目 |