# サービス提供証明書
（介護老人保健施設）

| | |
|---|---|
| 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 | 1・2・3・4・5 | |
| 認定有効期間 | 平成　年　月　日　から<br>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 | | | | | | | | | | | |
| 主傷病 | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | |

| 緊急時施設療養費 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 緊急時傷病名 | ①<br>②<br>③ | | 緊急時治療開始年月日 | ①平成　年　月　日<br>②平成　年　月　日<br>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） | | | | |

| 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<br>特別食 | 日数 | 単価 | 金額 | | | |
| | 延べ日数 | | 公費日数 | 合計 | 公費請求分 | | |

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