様式第五（附則第二条関係）

サービス提供証明書

（病院・診療所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					
(ﾌﾘｶﾞﾅ)					
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	要介護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				

請求事業者		
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		

入所年月日	平成	年	月	日		
退所年月日	平成	年	月	日		
短期入所　実日数						

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							

特定診療費

傷病名							
識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要
合計							

請求額集計欄

区分	保険分	公費分	保険分特定診療費	公費分特定診療費
①計画単位数				
②限度額管理対象単位数				
③限度額管理対象外単位数				
④給付単位数				
⑤単位数単価	円／単位		10 円／単位	10 円／単位
⑥給付率	／100	／100	／100	／100
⑦請求額（円）				
⑧利用者負担額（円）				

特定入所者介護サービス費

サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
合計									
					保険分請求額(円)		公費分請求額		公費分本人負担月額

	枚中		枚目