

介護保険サービス提供証明書
(平成 年 月分)

平成 年 月 日

杵藤地区広域市町村圏組合管理者 様

【介護（予防）サービス事業者】

住 所 〒

法人（施設）名

印

電 話 番 号

下記の内容のサービスを提供したことを証明します。

フリガナ		被保険者番号				
サービス利用者氏名						
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	性 別	男 ・ 女			
要介護状態区分	支援1 ・ 支援2 ・ 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					

サービス提供内容

提 供 明 細	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	備 考	
	サービス提供単位数合計					単位	

※福祉用具貸与の場合、備考欄または別紙にTAISコードを記入する。

※短期集中リハビリ加算の場合、備考欄に起算日を記入する。

サービス提供日							サービス提供日（加算分）						
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28
29	30	31					29	30	31				

サービス提供事業者番号							
サービス利用者負担額（10割全額分）							円