

サービス提供証明書

(介護予防)訪問介護・(介護予防)訪問入浴介護・(介護予防)訪問看護・(介護予防)訪問リハ・(介護予防)居宅療養管理指導・(介護予防)通所介護
(介護予防)通所リハ・(介護予防)福祉用具貸与・夜間対応型訪問介護・(介護予防)認知症対応型通所介護・(介護予防)小規模多機能型居宅介護

平成・令和			年			月分
保険者番号						

事業 者	事業所番号																		
	事業所名称	印																	
	所在地	〒					-												
	連絡先	電話番号																	

居宅 サービス 計画	1. 居宅介護支援事業所作成										2. 介護予防支援事業所・地域包括支援センター作成										3. 被保険者自己作成																			
	事業所番号											事業所名称																												

開始年月日	平成・令和			年			月			日	中止年月日	平成・令和			年			月			日
中止理由	1. 非該当 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設																				

[illegible][illegible]

	軽減率				%	受領すべき利用者 負担の総額(円)		軽減額(円)		軽減後利用者 負担額(円)		備考
社会福祉法人等 による軽減欄	11	訪問介護										
	15	通所介護										
	71	夜間対応型訪問看護										
	72	認知症対応型通所介護										
	73	小規模多機能型居宅介護										