

サービス提供確認書

令和		年		月分	
保険者番号	0	8	2	3	2
					1

被 保 険 者	被保険者 番号	0	0	0	0																
	フリガナ																				
	氏名																				
	生年月日	1明治 2大正 3昭和												1男		2女					
		年	月	日																	
	要介護 状態区分	要支援・1・2・3・4・5																			
認定有効 期間	年 月 日から																				
	年 月 日まで																				

事 業 者	事業所番号																			
	事業所名称																			
	所在地	〒																		
	代表者氏名																			
	連絡先																			
		印																		

居宅介護 支援事業者	事業所 名称		介護支援 専門員氏名	
---------------	-----------	--	---------------	--

短期入所 計画日数	日	サ   ビ提 ス供 日	1	2	3	4	5	6	7
			8	9	10	11	12	13	14
短期入所 実日数	日		15	16	17	18	19	20	21
			22	23	24	25	26	27	28
			29	30	31				

神栖市短期入所支援事業分の  
入所実績分だけを○で記入。

振 替 給 付 費 明 細 欄	サービス内容	サービスコード	単位数	日数	サービス単位数	
	合 計					

請 求 額 集 計 欄	区分	支援事業分										
	①単位数合計											
	②単位数単価	10.00 円 / 単位										
	③費用総額(円)											
	④利用者負担額(円)											
	⑤請求額(円)											

※食事代等の実費分は除く。