

サービス提供証明書等について

指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）

（保険給付の請求のための証明書の交付）

第21条 指定訪問介護事業者は、法定代理受領サービスに該当しない指定訪問介護に係る利用料の支払を受けた場合は、提供した指定訪問介護の内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付しなければならない。

指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）

（保険給付の請求のための証明書の交付）

第11条 指定居宅介護支援事業者は、提供した指定居宅介護支援について前条第1項の利用料の支払を受けた場合は、当該利用料の額等を記載した指定居宅介護支援提供証明書を利用者に対して交付しなければならない。

※他の居宅サービス、基準該当居宅サービス及び施設サービスの場合も同様

1. 様式について

別紙のとおり。基本的には介護給付費明細書と同じとする。記載が不要の欄については、網掛け等の処理をすることが望ましい。

2. 記載事項について

以下に明記していない項目については介護給付費明細書と同様の記載方法とする。

(1) 帳票名

「〇〇介護給付費明細書」を「〇〇提供証明書」とする。帳票にあらかじめ印刷されている帳票名を二重線で消して、書き換える方式をとっても差し支えないものとする。

(2) 公費関係欄

サービス提供証明書において公費負担に関する記載は不要であるため、以下の欄については記入しないものとする。

- ① 公費負担者番号
- ② 公費受給者番号
- ③ 公費分回数（日数）
- ④ 公費対象単位数
- ⑤ 公費分単位数または公費分単位数合計
- ⑥ 公費分給付率
- ⑦ 公費分本人負担または公費分利用者負担額
- ⑧ 食事の公費負担日数
- ⑨ 食事の公費請求額

(3) 請求事業者

欄の名称を請求事業者→事業者とする（二重

線で消す方式をとって差し支えない）。

(4) 給付費明細欄

保険給付対象となりうるサービスの内容を全て記載する。

記載方法は介護給付費明細書と同様。

(5) 計画単位数

支給限度管理は行わないため記入しない。

(6) 給付単位数または単位数合計

給付費明細欄の全ての単位数を合計する。

(7) 保険給付率

記載しない。

(8) 利用者負担額

単位数合計に単位数単価を乗じた結果（切り捨て）を記載する。

本来領収証の保険対象利用者負担額の合計と一致すべきものであるが、サービスの都度利用者負担を徴収している場合等においては、端数処理により徴収した利用者負担の合計とは一致しない場合がある。

(9) 標準負担額（月額）

利用者が本来負担すべき標準負担額の月額分を記載する。

3. その他

(1) 作成単位

サービス提供月ごとに作成するものとする。

(2) 事業所印

証明のために、事業所の代表者印を押印する。

介護給付費の請求

サービス提供証明書

(痴呆対応型共同生活介護・特定施設入所者生活介護)

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	
	(フリガナ)	
	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	〒 -
	連絡先 電話番号	

入所年月日	年 月 日	退所年月日	年 月 日	入所実日数	外泊日数
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								

請求額集計欄	区分	保険分	公費分
	①単位数合計		
	②単位数単価	円/単位	
	③給付率	/100	/100
	④請求額 (円)		
⑤利用者負担額 (円)			

枚中 枚目

5 サービス提供証明書等について

指定居宅介護支援提供証明書

平成		年		月分	
----	--	---	--	----	--

公費負担者番号									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

保険者番号					
-------	--	--	--	--	--

居宅介護 支援事業者	事業所 番号									所在地													
	事業所 名称											連絡先	電話番号										
											単位数単価	(円/単位)											

項番	被保険者															請求計算						
	被保険者番号											(フリガナ)					サービス コード					
	公費受給者番号											氏名						単位数				
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和			年		月		日		性別	1. 男 2. 女				請求 金額						
	要介護 状態区分	要支援・1・2・3・4・5			認定 有効期間	職	年	月	日	から	職	年	月	日	まで							
	居宅サービス計画作成依頼届出年月日															職	年	月	日			
	被保険者番号											(フリガナ)					サービス コード					
	公費受給者番号											氏名						単位数				
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和			年		月		日		性別	1. 男 2. 女				請求 金額						
	要介護 状態区分	要支援・1・2・3・4・5			認定 有効期間	職	年	月	日	から	職	年	月	日	まで							
	居宅サービス計画作成依頼届出年月日															職	年	月	日			
	被保険者番号											(フリガナ)					サービス コード					
	公費受給者番号											氏名						単位数				
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和			年		月		日		性別	1. 男 2. 女				請求 金額						
	要介護 状態区分	要支援・1・2・3・4・5			認定 有効期間	職	年	月	日	から	職	年	月	日	まで							
	居宅サービス計画作成依頼届出年月日															職	年	月	日			
	被保険者番号											(フリガナ)					サービス コード					
	公費受給者番号											氏名						単位数				
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和			年		月		日		性別	1. 男 2. 女				請求 金額						
	要介護 状態区分	要支援・1・2・3・4・5			認定 有効期間	職	年	月	日	から	職	年	月	日	まで							
	居宅サービス計画作成依頼届出年月日															職	年	月	日			

5 サービス提供証明書等について

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)							
	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
	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 傷病名	①		緊急時治療 開始年月日	① 平成		年		月		日	
	②			② 平成		年		月		日	
	③			③ 平成		年		月		日	
	緊急時治療管理(再掲)	単位	単位×	日							
	リハビリテーション	点	摘要								
	処置	点									
	手術	点									
特定治療	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 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

介護給付費の請求

サービス提供証明書
(介護療養型医療施設)

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)							
	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
	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						

入院年月日	平成		年		月		日	退院年月日	平成		年		月		日	入院実日数		外泊日数	
主傷病										退院後の状況			1. 居宅	2. 介護保険施設	3. 医療機関入院				
													4. 死亡	5. その他					

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							

区分	保険分 (単位)	公費分 (単位)	傷病名
1. 指導管理等			摘要
2. 単純エクサ線			
3. リハビリテーション			
4. 精神科専門療法			
5.			
6.			
合計			

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単位数合計				
②単位数単価	円/単位		10円/単位	10円/単位
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	日数	単価	金額	標準負担額	請求額	標準負担額	請求額	標準負担額	
	特別食	日数								
延べ日数	公費日数		合計	公費請求分						

枚中	枚目
----	----