

様式第2号(第5条関係)

年 月 日

(宛先) 高松市長

所在地

名称

代表者氏名

㊟

サービス提供確認票

(年 月分)

次のとおり、介護サービスを提供しました。

被 保 険 者	フリガナ		保険者番号								
	氏名		被保険者番号								
	生年月日		要介護区分	要支援・1・2・3・4・5							
	住所		認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日							
サービス実施日 (○で囲んだ日)	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31										
提供を受けたサービス内容	別紙利用票のとおり										
<p>(宛先) 高松市長</p> <p>私は、上記のとおり介護サービスの提供(訪問)を受けました。</p> <p>氏名 ㊟</p>											

注意 サービス提供事業者は、この申請書の裏面に該当月分のサービス提供証明書又は指定居宅介護支援提供証明書を添付してください。

市記入欄

サービス提供証明書等確認欄	備 考