

様式第2号（第5条関係）

介護サービス利用証明書

（ 年 月分）

被保険者	氏 名		被保険者番号	
	生年月日	年 月 日	（ 歳）	
	住 所		要介護度	
サービス提供日	サービス提供内容			備考

上記のとおり、介護サービスを提供したことを証明します。

年 月 日

サービス事業者名
代表者名
連絡先