

指定難病療養費申請書(介護保険利用の方用)

千葉県知事

様

年 月 日

受給者氏名		受給者番号	
生年月日	T・S・H・R 年 月 日生	月額自己	円
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	負担限度額	

決定金額	(この欄は記入しないでください)
	円

利用年月	サービス種目 (該当する欄に○を付けること)	上記有効期間内の 患者の利用日数 及び患者負担額	公費負担額 (この欄は記入しないでください)
年 月	(介護予防)訪問看護	日間	円
	(介護予防)訪問リハビリテーション(医療機関)		
	(介護予防)居宅療養管理指導		
	指定介護療養施設サービス(医療機関)		
	介護医療院サービス(医療機関)		
年 月	(介護予防)訪問看護	日間	円
	(介護予防)訪問リハビリテーション(医療機関)		
	(介護予防)居宅療養管理指導		
	指定介護療養施設サービス(医療機関)		
	介護医療院サービス(医療機関)		
年 月	(介護予防)訪問看護	日間	円
	(介護予防)訪問リハビリテーション(医療機関)		
	(介護予防)居宅療養管理指導		
	指定介護療養施設サービス(医療機関)		
	介護医療院サービス(医療機関)		

上記のとおり証明する。

指定医療機関名
年 月 日 所在地
代表者氏名

作成者
(部署)
氏 名
電話番号

※証明内容についてお問合せさせていただく場合があります。

この申請に関して、必要に応じて千葉県が市町村(介護保険主管課)に対して照会すること、及び千葉県が市町村(介護保険主管課)から照会を受けた際に千葉県が回答することについて同意します。

振込先	金融機関名	銀行 支店
	口座番号	普通・当座 No.
	フリガナ	
	氏名	

申請者	住所	〒
	氏名	
	電話番号	
	患者との続柄	

1. 太枠内(証明欄)は指定医療機関が記入してください。
2. 太枠内(証明欄)の訂正は、証明者の訂正印によるもの以外は一切認められません。
3. 振込口座の名義人と申請者は、必ず同一人物にしてください。
4. 消すことができるインクのペンを使用した申請は認められません。

【 申請時に必要な添付書類 】

1. 領収書等の支払内容がわかる書類(申請月のものすべて)
2. 特定医療費(指定難病)受給者証の写し
3. 指定難病特定医療費自己負担限度額管理手帳の写し
4. 介護保険証の写し
5. 振込先金融機関に関する名称、支店名、口座番号及び口座名義(カタカナ表示)が分かる通帳等の写し(通帳の2ページ目等)