療養費(介護保険関係療養)支給申請書

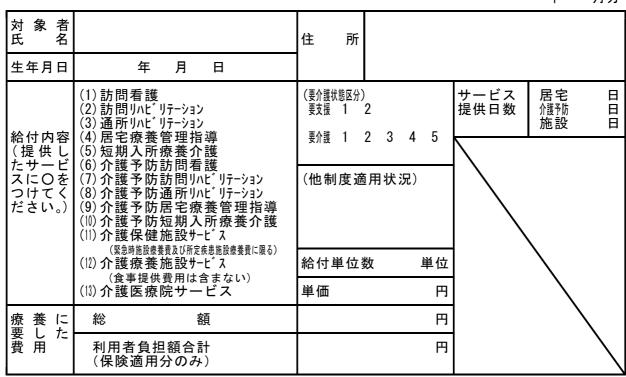
年 月分

						- /1/
療養費申請額			(記入不要 決 定 客) 質		
療養費の支給を受けたいので、次の証明書を添えて申請します。						
年	月	日	住 所	(〒)	
		申請者	首 氏 名 電話番号 生年月日	4	年月	日
亩 旧 皀 l目 4	口事 品		手帳区分	1	水伊娃	2

介護保険関係療養給付証明書

手 帳 番 号

年 月分



上記のとおり療養の給付を行ったことを証明します。

 年 月 日
 事業所番号

 事業所 名 称 下所在地

 電話番号 FAX番号

開設者 氏 名

◎記入上の注意

【申請書】について

- 1 「療養費申請額」欄は、介護サービスを受けられた際に負担された自己負担金額のうち、水俣病総合対策医療事業(医療手帳・水俣病被害者手帳)において給付対象となるサービス(※1)の自己負担分のみを記入してください。
 - ※1 水俣病総合対策医療事業(医療手帳・水俣病被害者手帳)の対象サービス 訪問看護,訪問リハ、居宅療養管理指導(歯科分を除く)、通所リハ、短期入所療養 介護,介護予防訪問看護,介護予防訪問リハ、介護予防居宅療養管理指導(歯科分を 除く)、介護予防通所リハ、介護予防短期入所療養介護,介護保健施設サービス(緊 急時施設療養費及び所定疾患施設療養費に限る。)、介護療養施設サービス(食事提供 費用は含まない。)、介護医療院サービス
- 2 自己負担限度額を超える自己負担金が発生した場合は,高額サービス費とし て保険者へ請求すると払戻しがありますので,その分は保険者あて請求してく ださい。
 - (水俣病総合対策医療事業<u>(医療手帳・水俣病被害者手帳)</u>では自己負担限度額の範囲内で支給します。)

◎記入上の注意

【証明書】について

- 1 水俣病総合対策医療事業(医療手帳・水俣病被害者手帳)において給付対象となる介護サービス(※1)についてのみ記入してくだざい。
 - ※1 水俣病総合対策医療事業(医療手帳・水俣病被害者手帳)の対象サービス 訪問看護,訪問リハ、居宅療養管理指導(歯科分を除く)、通所リハ、短期入所療養介 護,介護予防訪問看護,介護予防訪問リハ、介護予防居宅療養管理指導(歯科分を除く)、 介護予防通所リハ、介護予防短期入所療養介護、介護保健施設サービス(緊急時施設療 養費及び所定疾患施設療養費に限る。)、介護療養施設サービス(食事提供費用は含まない。)、介護医療院サービス
- 2 「給付内容」欄は、該当するサービスに〇をつけてください。
- 3 「他制度適用状況」欄は、対象者が他の公費負担制度の適用を受けている場 合のみ、その名称を記入してください。
 - ※他制度…生活保護法,障害者自立支援法,特定疾患治療研究事業等
- 4 「療養に要した費用」欄については、介護保険適用分の利用者負担額を記入し てください。なお、他制度の適用がある場合は、他制度適用後の利用者負担金額 について記入してください。
- 5 事業者が発行した領収書(原本)で、保険適用・適用外の利用者負担金額等が 確認できる場合に限って、証明の必要はありません。(領収書添付で可)