（その２）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 特定医療（指定難病）療養費証明書 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者 | 受給者番号 |  | |  |  | |  |  |  | |  | 氏　　名 | |  | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 保険の種類： 　 　　　 自己負担割合： 割 | | | | | | | | | | | | | | |
| ※１　介護保険分（明細）　（　　　年　　　月分） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 区　分 | | | 実サービス  日数 | | | サービスを  受けた期間 | | | | 費 用 総 額 | | | 患者負担額 | | 備　　考　　欄 |
| 訪問看護  介護予防訪問看護 | | | 日 | | | 日から  日まで | | | | 円 | | | 円 | |  |
| 訪問リハビリテー ション  介護予防訪問リハ ビリテーション | | | 日 | | | 日から 日まで | | | | 円 | | | 円 | |  |
| 居宅療養管理指導  介護予防居宅療養 管理指導 | | | 日 | | | 日から  日まで | | | | 円 | | | 円 | |  |
| 介護療養施設サー ビス | | | 日 | | | 日から  日まで | | | | 円 | | | 円 | |  |
| 指定難病(病名：　　　　　　　　　)に係る療養について、上記のとおり領収したことを証明します。  　　　　　　 年　　　月　　　日  　　　　　　　　所在地  　介護保険事業者　名　称  　　　　　　　　　代表者名 | | | | | | | | | | | | | | | |

注１　1か月ごとに作成してください。

２　※１欄は、介護保険事業所において記載してください。