（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。