

(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	適用区分：	
※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。