

特定疾患療養費申請書(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	M・T・S・H 年 月 日生	月額自己	外来 0円
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	負担限度額	入院 0円

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。

施設名
所在地
代表者氏名 (印)

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	(印)
	電話番号	
	患者との続柄	

1. 訂正は、記入者本人の訂正印によるもの以外は一切認められません。
2. 太枠内は施設にて記入してください。
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. 領収書(原本)がないものは一切認められません。

【 申請時に必要な添付書類 】

- | | |
|----------------------|---------------------------------|
| 1. 領収書(申請月のものすべて、原本) | 4. 口座振替依頼書(別紙様式) |
| 2. 特定疾患医療受給者証(写) | 5. 振込先金融機関に関する名称、支店名、口座番号、 |
| 3. 介護保険証(写) | 口座名義(カタカナ表示)が分かるもの(写、通帳の2ページ目等) |