

特定疾患介護給付費支給申請書

公費負担者番号	5	1	1	4					
受給者番号									
受給者氏名									
生年月日	年			月			日		
振込先金融機関	銀行 金庫 組合				支店 (支店番号:)				
振込先口座番号	1普通 2当座								
振込先口座名義人									

太枠の中を記入し、医療機関から医療機関等記入欄を記入してもらってください。
 出来上がりましたら、がん・疾病対策課へご郵送ください。
 ※ 医療保険保険を利用した場合の払い戻し請求には、様式第8号「特定疾患医療費給付申請書」をご使用ください。

特定疾患に係る特定医療費を請求します。
 神奈川県知事 殿 請求日 年 月 日

請求者氏名

請求者住所 〒 — —

電話番号

患者との続柄

委任状欄（請求者や口座名義人が、受給者でない場合にご記入ください。）
 私は、次の者を代理人と定め、特定疾患医療費の（請求・受領）に関する権限を委任します。

代理人	住所	委任者	住所
	ふりがな	(患者)	
	氏名		氏名

・ 契約医療機関でない事業所での介護給付費は、払い戻しをすることができませんのでご注意ください。

特定疾患医療費証明書(事業所等記入欄)						有効期間開始日: 年 月 日から					
診療年月	自己負担割合	サービス内容	診療日数	単位単価	月の総点数 特定疾患治療と認められる点数(A)	患者からの特定疾患に係る領収額(B)	事務処理欄(記入しないでください。)				
							患者一部負担相当額(C)	B-C(D)	2割負担相当額A×2(E)	B-E(F)	支給決定額DとFで高い方
年 月 割		訪問看護 介護予防訪問看護 居宅療養管理指導 介護医療院サービス 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 介護予防居宅療養管理指導 介護療養施設サービス	日	円	点	円	円	円	円	円	円
年 月 割		訪問看護 介護予防訪問看護 居宅療養管理指導 介護医療院サービス 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 介護予防居宅療養管理指導 介護療養施設サービス	日	円	点	円	円	円	円	円	円
年 月 割		訪問看護 介護予防訪問看護 居宅療養管理指導 介護医療院サービス 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 介護予防居宅療養管理指導 介護療養施設サービス	日	円	点	円	円	円	円	円	円
年 月 割		訪問看護 介護予防訪問看護 居宅療養管理指導 介護医療院サービス 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 介護予防居宅療養管理指導 介護療養施設サービス	日	円	点	円	円	円	円	円	円
年 月 割		訪問看護 介護予防訪問看護 居宅療養管理指導 介護医療院サービス 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 介護予防居宅療養管理指導 介護療養施設サービス	日	円	点	円	円	円	円	円	円
年 月 割		訪問看護 介護予防訪問看護 居宅療養管理指導 介護医療院サービス 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 介護予防居宅療養管理指導 介護療養施設サービス	日	円	点	円	円	円	円	円	円

備考欄(患者からの領収額が、点数×10×保険負担割合とならない場合などに、理由を記載してください。)

証明書発行手数料
 (払戻金がある場合に限り、500円を限度として証明書発行手数料を払戻しできます)

上記のとおり領収していることを証明します。 年 月 日

医療機関 所在地
 名称
 代表者氏名

印

連絡先電話番号(内線まで):

担当部署・担当者名:

医療機関コード:

小
証
計

申請する方へ【必ずお読みください】

- 支給認定申請を行ってからお手元に医療受給者証が届くまでの間に、指定医療機関の窓口で自己負担限度額以上の支払いや3割負担での支払いをしている場合に、この請求書を利用して払戻し請求をすることができます。
- 請求することができるのは、（介護予防）訪問看護、（介護予防）訪問リハビリテーション、（介護予防）居宅療養管理指導、介護療養施設サービス、介護医療院サービスに限ります。認定された疾病と直接関わりのないサービスは、介護給付の対象とはなりません。
- この請求書で受給者以外の方が払戻金を受け取る場合は、委任状欄をご記入ください。この場合、受給者が委任者、払戻金の受取人が受任者となり、双方の記名が必要です。なお、受給者がお亡くなりの方は、口座名義人が相続人代表であることを確認できる書類（申立書等）及び受給者と口座名義人の関係が分かる戸籍謄本（写し）を添付してください。
- 振込まで2か月程度かかります。振込先の銀行口座の通帳には、「ガン・シツペイタイサクカ」と記載されます。

【書類の送付先・問合せ先】

〒231-8588（住所不要）

神奈川県がん・疾病対策課 難病対策グループ

電話 045-210-4777（直通）

事業所の方へ【記載例】

- 同一月に複数種のサービスの利用があった場合は、サービスごとに行を分けて記入して下さい。

	診療年月	自己負担割合	サービス内容	診療日数	単価 単価	月の総点数	患者からの 特定疾患に 係る領収額 (B)
						特定疾患治療と 認められる点数 (A)	
介護保険1割負担の方の記載例	R7年 1月	1割	訪問看護 介護予防訪問看護 居宅療養管理指導 介護医療院サービス	8日	10.42 円	3,736点 3,736点	3,893円
介護保険3割負担の方の記載例	R7年 1月	3割	訪問看護 介護予防訪問看護 居宅療養管理指導 介護医療院サービス	3日	10.70 円	2,007点 2,007点	6,442円
訪問リハビリテーション記載例	R7年 1月	1割	訪問看護 介護予防訪問看護 介護医療院サービス	4日	10.55 円	2,550点 2,550点	2,690円
居宅療養管理指導記載例	R7年 1月	1割	訪問看護 介護予防訪問看護 居宅療養管理指導 介護医療院サービス	2日	10 円	1,014点 1,014点	1,014円