

介護保険サービス提供事業者の方へ

- ① 本証明書は、受給者証による公費負担部分について、償還払いが生じた場合の支払内容となりますので、記入についてご協力をお願いいたします。
- ② 受給者証により患者氏名、有効期間、病名を確認し、該当しないものについては、記載しないでください。

注意！

スモン(05)疾患については、訪問看護は医療保険から算定することになりますので、様式第8号特定疾患医療費給付申請書(払戻請求書)に証明してください。()内の数字は特定疾患の疾患番号です。

- ③内訳は、既に提出されている介護給付費明細書から記載してください。
- ④証明書発行手数料は、規定により500円までを上限として払戻しいたします。

※ 記入例

特定疾患介護給付費証明 (受給者証有効期間 年 月 日～)				証明書 発行手数料	円	
年 月	サービス内容 (介護予防サービス含)	基本単位 加算・減算 単価	実日数	利用費負担額 食事提供費 標準負担額	一部負担金 相当額(円)	決定額※ 記入しないでください
年 月	① 訪問看護 2 訪問リハビリテーション 3 居宅療養管理指導 4 介護療養 施設サービス 5 介護予防訪問看護 6 介護予防訪問リハビリテーション 7 介護予防居宅療養管理指導 8 介護医療院サービス	830×8日 加・減算な し 単価10.4	8	6,906 ←	0	
年 月	1 訪問看護 2 訪問リハビリテーション 3 居宅療養管理指導 4 介護療養 施設サービス 5 介護予防訪問看護 6 介護予防訪問リハビリテーション 7 介護予防居宅療養管理指導 8 介護医療院サービス	305×1	1	305	0	
年 月	① 訪問看護 2 訪問リハビリテーション 3 居宅療養管理指導 4 介護療養 施設サービス 5 介護予防訪問看護 6 介護予防訪問リハビリテーション 7 介護予防居宅療養管理指導 8 介護医療院サービス	500×2	2	1,000	0	
年 月						
年 月					←	

公費対象単価数のうち、
保険請求額を除いた金額
(利用者負担額)を記入
してください。

患者の特定疾患医療受
給者証の月額自己負担
限度額を記入してくだ
さい。

※1か月以内に複数のサービスがある場合は、サービスごとに記載をお願いします。

上記のとおり領収しました。 年 月 日

サービス提供事業者名

所在地

施設名

代表者名

担当者名(担当部署)

電話番号

事務所コード

--	--	--	--	--	--	--

← 必ず記入してください。