

特定医療費(介護給付等)請求書

連番（事務処理欄）

公費負担者番号	5	4	1	4				
受給者番号								
(ふりがな)受給者氏名								
生 年 月 日	年 月 日							
振 込 先 金 融 機 関	銀行 金庫 信用組合 協同組合				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	カタカナで記入してください。							

太枠の中を記入し、事業所から事業所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、お近くの保健所等にご提出いただくか、がん・疾病対策課までご郵送ください。

※医療保険を利用した場合の払戻し請求には、第8号様式「特定医療費請求書」をご使用ください。

指定難病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（請求者及び口座名義人が、受給者でない場合にご記入ください。）

私は、下記の者を代理人と定め、特定医療費の（請求・受領）に関する権限を委任します。

代理人 住所 ふりがな 氏名	委任者 住所 (患者) 氏名
----------------------	-------------------

・指定医療機関でない事業所での介護給付費は、払戻しをすることもできませんのでご注意ください。

特定医療費(介護給付等)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 (該当するものに○印を付けてください。)	月の総単位数	実日数	1 単位あたりの単価	患者からの指定難病に係る領収額 (B)	事務処理欄（記入しないでください。）				
			指定難病と認められる単位数 (A)				患者一部負担相当額 (C)	B－C (D)	2割負担相当額 (E)	B－E (F)	支給決定額
年 月	__割	訪問看護 訪問リハビリテーション	単位	日	円	円	円	円	円	円	円
		居宅療養管理指導 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 介護医療院サービス	単位								
年 月	__割	訪問看護 訪問リハビリテーション	単位	日	円	円	円	円	円	円	円
		居宅療養管理指導 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 介護医療院サービス	単位								
年 月	__割	訪問看護 訪問リハビリテーション	単位	日	円	円	円	円	円	円	円
		居宅療養管理指導 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 介護医療院サービス	単位								
年 月	__割	訪問看護 訪問リハビリテーション	単位	日	円	円	円	円	円	円	円
		居宅療養管理指導 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 介護医療院サービス	単位								
年 月	__割	訪問看護 訪問リハビリテーション	単位	日	円	円	円	円	円	円	円
		居宅療養管理指導 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 介護医療院サービス	単位								

備考欄

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)	円	(県記入欄)
上記のとおり領収していることを証明します。 年 月 日	連絡先電話番号（内線まで）：	小
医療機関 所在地	担当部署、担当者：	証
名称	医療機関コード：	計
代表者氏名		

申請者の方へ 【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や3割負担での支払をしている場合に、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サービスは、（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。

●この証明書を使って払戻し請求を行う対象月に、既に特定医療費（指定難病）医療受給者証を使ってサービスを受けた場合は、特定医療費（指定難病）医療受給者証及び当該月の月額自己負担限度額管理票のコピーを添付してください。

記載してある月額自己負担限度額の累計額を控除いたします。

●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なりの場合は、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）及び口座名義人が法定相続人であること等の払戻金を受け取る権利を有することを証明する書類（戸籍謄本（写し）等）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 （住所の記載は不要です）

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】

	診療年月	保険負担割合	サービス内容 (該当するものに○印を付けてください。)	月の総単位数	実日数	1単位あたりの単価	患者からの指定難病に係る領収額 (B)
				指定難病と認められる単位数 (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 ○ 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 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 介護医療院サービス	3,736単位	8日	10,42円	3,893円
				3,736単位			
介護保険3割負担の方の記載例	R7年1月	3割	訪問看護 ○ 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 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 介護医療院サービス	2,007単位	3日	10,70円	6,442円
				2,007単位			
訪問リハビリテーション記載例	R7年1月	1割	訪問看護 ○ 訪問リハビリテーション ○ 居宅療養管理指導 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 介護医療院サービス	2,550単位	4日	10,55円	2,690円
				2,550単位			
居宅療養管理指導記載例	R7年1月	1割	訪問看護 ○ 訪問リハビリテーション ○ 居宅療養管理指導 ○ 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 介護医療院サービス	1,014単位	2日	10円	1,014円
				1,014単位			

●次の疾患については、訪問看護は医療保険で算定することになりますので、第8号様式「特定医療費請求書」に証明してください。

- 多発性硬化症
- 重症筋無力症
- 筋萎縮性側索硬化症（ALS）
- 脊髄小脳変性症
- ハンチントン病
- 筋ジストロフィー
- 進行性核上性麻痺
- 大脳皮質基底核変性症
- 多系統萎縮症
- プリオン病
- 亜急性硬化性全脳炎
- ライソゾーム病
- 副腎白質ジストロフィー
- 脊髄性筋萎縮症
- 球脊髄性筋萎縮症
- 慢性炎症性脱髄性多発神経炎

●1ヶ月以内に複数のサービスを利用された場合は、サービスごとに記載をお願いします。