

年 月分

介護保険関係療養費支給申請書

療養費の支給を受けたいので、次の証明書を添えて申請します。

年 月 日

申請額	円
-----	---

申請者

住所：（〒 — ）

氏名：

電話番号：（ ）

生年月日：明・大・昭 年 月 日

熊本県知事 様

受給者番号	
-------	--

第11号様式（第8、13、15条関係）

〔以下介護事業所が記入〕

介護保険関係療養給付証明書

年 月分

対象者名		住所			
生年月日	明・大・昭 年 月 日				
給付内容	(1)	(要介護状態区分) 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	サービス提供日	居宅介護予防施設	日 日 日
	(2)				
	(3)	(他制度適用状況)			
	(4)				
	(5)				
療養に 要した 費用	総額	円			
	利用者負担額 (保険適用分のみ)	円			

上記のとおり療養の給付を行ったことを証明します。

年 月 日

都道府県コード	事業所番号(8ケタ)

事業所名称
所在地（〒 — ）

電話

代表者氏名 印

◎記入上の注意

【申請書】について

- 1 「申請額」欄は、介護サービスを受けられた際に負担された自己負担金額のうち、水俣病総合対策医療事業において給付対象となるサービス（※1）の自己負担分のみを記入してください。

※1 水俣病総合対策医療事業の対象サービス

訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導（歯科分を除く。）、通所リハビリテーション、短期入所療養介護、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（歯科分を除く。）、介護予防通所リハビリテーション、介護予防短期入所療養介護、介護保健施設サービス（緊急時施設療養費及び所定疾患施設療養に限る。）、介護療養施設サービス（居住費及び食費は含みません。）、介護医療院サービス

- 2 「受給者番号」欄は、あなたの手帳に記載された受給者番号を記入してください。
- 3 自己負担限度額を超える自己負担金が発生した場合は、高額サービス費として保険者へ請求すると払戻しがありますので、その分は保険者あて請求してください。（水俣病総合対策医療事業では自己負担限度額の範囲内で支給します。）

◎記入上の注意

【証明書】について

- 1 水俣病総合対策医療事業において給付対象となる介護サービス（※1）についてのみ記入してください。

※1 水俣病総合対策医療事業（医療手帳・水俣病被害者手帳）の対象サービス

訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導（歯科分を除く。）、通所リハビリテーション、短期入所療養介護、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（歯科分を除く。）、介護予防通所リハビリテーション、介護予防短期入所療養介護、介護保健施設サービス（緊急時施設療養費及び所定疾患施設療養に限る。）、介護療養施設サービス（居住費及び食費は含みません。）、介護医療院サービス

- 2 「給付内容」欄は、具体的なサービスの名称を記入してください。
（例）訪問看護、訪問リハビリテーション等
- 3 「他制度適用状況」欄は、対象者が他の公費負担制度の適用を受けている場合のみ、その名称を記入してください。

※他制度…生活保護法、障害者自立支援法、特定疾患治療研究事業等

- 4 「療養に要した費用」欄については、介護保険適用分の利用者負担額を記入してください。なお、他制度の適用がある場合は、他制度適用後の利用者負担金額について記入してください。
- 5 事業所で発行された領収書で、保険適用・適用外の自己負担金額が確認できる場合に限って、証明の必要はありません。
（領収書原本添付で申請可能）