

療養手当（介護老人保健施設関係）支給申請書

療養手当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 月分

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

[以下介護事業所が記入]

第13号様式（第10、13条関係）

介護老人保健施設入所証明書

年 月分

対象者氏名		住所	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	要介護状態区分	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
入所日数	日間		

上記のとおり当施設に入所してい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)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

事業所名称

所在地 〒

電話番号

代表者氏名又は名称

印

(注)裏面の「記入上の注意」に基づき、記入してください。

◎記入上の注意

【申請書】について

- 1 この申請書は、水俣病総合対策医療事業の医療手帳、水俣病被害者手帳をお持ちの方が、介護老人保健施設に入所されたときに療養手当を請求するためのものです。他の介護サービスを受けられた方は、記入の必要はありません。
- 2 「申請額」欄は、次の表の該当する療養手当の金額を記入してください。

区 分		医療手帳	水俣病被害者手帳 (手当あり)
療養手当	70歳以上	21,200円／月	15,900円／月
	70歳未満	17,200円／月	12,900円／月

- 3 「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。

◎記入上の注意

【証明書】について

この証明書は、水俣病総合対策医療事業の医療手帳、水俣病被害者手帳をお持ちの方が、介護老人保健施設に入所されたときに療養手当を請求するためのものです。他の介護サービスを受けられた方は、記入の必要はありません。