第１０号様式の２

療 養 証 明 書（介護保険分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公費負担者番号 | ５ | １ | ２ | ６ |  |  |  |  | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ受給者氏名 |  | 生年月日 | 年　 月　 日 |
| 承認期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 健康保険種別 | □社保　 □国保　 □後期高齢　 □その他（　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ※訪問看護 | ※訪問リハビリテーション | ※居宅療養管理指導 | 介護療養施設サービス | 介護医療院サービス |
| 　年　月 | サービスを受けた日数 |  |  |  |  |  |
| 費用総額 |  |  |  |  |  |
| 利用者負担額（円） |  |  |  |  |  |
| 年　月 | サービスを受けた日数 |  |  |  |  |  |
| 費用総額 |  |  |  |  |  |
| 利用者負担額（円） |  |  |  |  |  |
| 年　月 | サービスを受けた日数 |  |  |  |  |  |
| 費用総額 |  |  |  |  |  |
| 利用者負担額（円） |  |  |  |  |  |
| 合　計 | サービスを受けた日数 |  |  |  |  |  |
| 費用総額 |  |  |  |  |  |
| 利用者負担額（円） |  |  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　※　介護予防給付を含む

 特定疾患（疾患名　　　　　　　　　　　　　　　）に係る介護保険の療養について、上記のとおりであることを証明します。

　　　　　 年　　月　　日

 サービス提供機関等の 所在地

 名　　称

㊞

 代表者名

 担当者名

 電話番号

記載上の注意

１　証明の際には受給者票の提示を求め、資格の有無を確認してください。

２　受給者票に表示する疾患の治療でないもの、介護保険等の適用外であるもの、受給者票の有効期間外の治療については、証明の必要はありません。

３　有効期間の開始日が月の途中からとなる場合は、有効期間の開始日以降の医療費を助成の対象とし、開始日前の医療費は助成の対象としません。