

## 療養費（介護保険関係療養）支給申請書

年 月 分

療養費申請額		（記入不要） 決定額	
--------	--	---------------	--

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 (〒 )

申請者 { 住所  
氏名  
電話番号  
生年月日 年 月 日

鹿児島県知事 殿

手帳区分 (○をつける)	1 医療手帳	2 水俣病被害者手帳
-----------------	-----------	---------------

手帳番号	
------	--

## 介護保険関係療養給付証明書

年 月 分

対象者 氏名		住所				
生年月日	年 月 日					
給付内容 (提供し たサービ スに○を つけてく ださい。)	(1) 訪問看護 (2) 訪問リハビリテーション (3) 通所リハビリテーション (4) 居宅療養管理指導 (5) 短期入所療養介護 (6) 介護予防訪問看護 (7) 介護予防訪問リハビリテーション (8) 介護予防通所リハビリテーション (9) 介護予防居宅療養管理指導 (10) 介護予防短期入所療養介護 (11) 介護保健施設サービス <small>(緊急時施設療養費及び所定疾患施設療養費に限る)</small>	(要介護状態区分) 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	サービス 提供日数	居宅 介護予防 施設	日 日 日	
	(12) 介護療養施設サービス <small>(食事提供費用は含まない)</small>	給付単位数	単位	/		
	(13) 介護医療院サービス	単価	円			
	療養に 要した 費用	総 額	円	/		
		利用者負担額合計 (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

事業所番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

事業所 名 称

〒  
所在地

電話番号  
FAX番号

開設者 氏 名



(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 「療養費申請額」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（医療手帳・水俣病被害者手帳）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（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、居宅療養管理指導（歯科分を除く）、通所リハ、短期入所療養介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハ、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、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費に限る。）、介護療養施設サービス（食事提供費用は含まない。）、介護医療院サービス

- 2 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（医療手帳・水俣病被害者手帳）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（医療手帳・水俣病被害者手帳）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、居宅療養管理指導（歯科分を除く）、通所リハ、短期入所療養介護、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハ、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、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費に限る。）、介護療養施設サービス（食事提供費用は含まない。）、介護医療院サービス

- 2 「給付内容」欄は、該当するサービスに○をつけてください。

- 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 事業者が発行した領収書（原本）で、保険適用・適用外の利用者負担金額等が確認できる場合に限って、証明の必要はありません。（領収書添付で可）