

# 特定疾患介護給付費証明書

〔 介護療養施設サービス・訪問看護・訪問リハビリテーション・居宅療養管理指導・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 〕

請求の理由 (どちらかに○)		<sup>122</sup> 1 承認期間中に保険のみで支払をしたため。 2 自己負担限度額が変更されたため。													
<b>○介護療養施設サービス</b>								<b>左記のうち、承認期間内のサービス費</b>							
入所年月	サービスの種類	総入所日数	左記のうち、承認期間内の入所日数	介護給付費明細書による単位	単位数単価	保険分特定診療費	自己負担額	介護給付費明細書による単位	単位数単価	保険分特定診療費	自己負担額	給付額等	※支払確定額内訳		
年 月	4. 介護療養施設サービス	日	日	単位	円/単位	円	円	単位	円/単位	円	円	円	円		
年 月	4. 介護療養施設サービス	日	日	単位	円/単位	円	円	単位	円/単位	円	円	円	円		
年 月	4. 介護療養施設サービス	日	日	単位	円/単位	円	円	単位	円/単位	円	円	円	円		
<b>○訪問看護・介護予防訪問看護・訪問リハ・介護予防訪問リハ・居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導・介護医療院サービス</b>															
実施年月	サービスの種類 (いずれかに○)	総実施日数	左記のうち、承認期間内の実施日数	総サービス費			左記のうち、承認期間内のサービス費			給付額等	※支払確定額内訳				
				介護給付費明細書による単位 (月計)	単位数単価	自己負担額	介護給付費明細書による単位 (月計)	単位数単価	自己負担額						
年 月	5. 訪問看護 6. 介護予防訪問看護 7. 訪問リハビリテーション 8. 介護予防訪問リハビリテーション 9. 居宅療養管理指導 A. 介護予防居宅療養管理指導 B. 介護医療院サービス	日	日	単位	円/単位	円	単位	円/単位	円	円	円	円			
年 月	5. 訪問看護 6. 介護予防訪問看護 7. 訪問リハビリテーション 8. 介護予防訪問リハビリテーション 9. 居宅療養管理指導 A. 介護予防居宅療養管理指導 B. 介護医療院サービス	日	日	単位	円/単位	円	単位	円/単位	円	円	円	円			
年 月	5. 訪問看護 6. 介護予防訪問看護 7. 訪問リハビリテーション 8. 介護予防訪問リハビリテーション 9. 居宅療養管理指導 A. 介護予防居宅療養管理指導 B. 介護医療院サービス	日	日	単位	円/単位	円	単位	円/単位	円	円	円	円			
上記のとおり証明します											事業者番号 304 ..... 313				
年 月 日 〒											円				
事業所名											※支給確定額 確定額証明者  確定額確認者				
代表者 職・氏名															
電話番号 ( ) - 証明担当者名															

＜医療機関・調剤薬局の方へ＞

- 1 対象疾患と承認期間を確認の上、介護保険法に基づく介護事業者の方が黒枠内を記入してください。
- 2 「承認期間内の介護サービス費」は、受給者票に記載されている承認期間内における介護サービス費を抽出してください。
- 3 法別51のレセプト請求を行っているサービス提供年月分について証明をされると、二重請求になりますのでご注意ください。
- 4 記載内容に不明な点がある場合は、県庁から問い合わせをしますので、電話番号及び証明者名は必ず記載してください。
- 5 医療保険による訪問看護については、様式10-11に証明をしてください。