

先天性血液凝固因子障害等治療研究事業費請求書(受給者請求用)

〔(老人)訪問看護療養費〕

年 月 日

愛知県知事殿

請求者 { フリガナ氏名
フリガナ住所
電話番号() -

受給者との続柄

受給者氏名

受給者番号

下記のとおり請求します。

(請求者の名義の口座)

※ 請求金額	円
-----------	---

銀行 (金庫)	店番()
普通・当座	口座番号
	支店

〔指定(老人)訪問看護ステーション証明欄〕

特定疾病の認定		有・無			付加給付額	※支払確定額 内訳	
診療年月	訪問日数	指定訪問看護費用総額	自己負担割合			円	円
年 月	日	円	3割	2割	1割	円	円
年 月	日	円	3割	2割	1割	円	円
年 月	日	円	3割	2割	1割	円	円
年 月	日	円	3割	2割	1割	円	円
年 月	日	円	3割	2割	1割	円	円
年 月	日	円	3割	2割	1割	円	円

(注)・特定疾病の認定については、「有」か「無」を丸で囲んでください。
 ・受給者の承認期間を確認の上、証明してください。(承認日前の診療分は算定しないこと。
 ・介護保険分については、様式11に証明してください。

上記のとおり証明します。

医療機関等コード
----------	-------

所在地 〒 年 月 日

所在地 名称

※支払確定額 円

確定額証明者

- 注 1 太線で囲った部分は、指定(老人)訪問看護ステーションで証明を受けてください。
 2 ※欄は、記入しないでください。
 3 振込口座の名義人は、請求者と同じにしてください。
 4 自己負担が、高額療養費制度の自己負担限度額を超えた場合、その超えた額については保険者に高額療養費の請求をおこなってください。
 なお、医療保険各法等による特定疾病の認定を受けているときは、県から給付する額は月最高10,000円です。