

特定医療（指定難病）療養費証明書										＊1か月ごとに作成してください。																			
受給者	受給者番号								氏名																				
	生年月日		大・昭・平・令						年		月		日																
	保険の種類：										自己負担割合：										割								
介護保険分（明細）										(		年		月分)		＊介護保険事業所が記入													
区分			実サービス日数			サービスを受けた期間			費用総額			患者負担額			備考欄														
訪問看護 介護予防訪問看護			日			日から 日まで			円			円																	
訪問リハビリテーション 介護予防訪問リハビリテーション			日			日から 日まで			円			円																	
居宅療養管理指導 介護予防居宅療養管理指導			日			日から 日まで			円			円																	
介護療養施設サービス			日			日から 日まで			円			円																	
指定難病（病名：																				）に係る療養について、上記のとおり領収したことを証明します。									
年										月										日									
介護保険事業者										所在地										名称									
										代表者名																			