

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						