

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	明・大・昭・平	年	月	日
	性別		男・女		
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。 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 介護保険事業者 _____ 所在地 _____ _____ 名称 _____ _____ 代表者名 _____					
					