

特定疾患医療給付事業費支給請求書

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

愛知県知事殿

年 月 日

特定疾患医療給付事業に係る介護保険サービス費公費負担分を請求します。

受付印

支給決定額 (愛知県記入欄)	円
-------------------	---

※この欄は記入しないでください。

請求者	フリガナ					受給者との 続柄	
	口座名義人						
	フリガナ					1 普通 2 当座	口座番号
	住所	〒					
	電話番号	() -				支店	
	請求者名義の口座	銀行コード <small>(金融機関名)</small>			支店番号 <small>(支店名)</small>		

※金融機関にはゆうちょ銀行(銀行コード:9900)も含まれます。

受給者氏名		生年月日	年 月 日	受給者番号				
承認期間	年 月 日	から	年 月 日	まで	階層 区分		適用 区分	

※受給者票に記載されているとおり記入してください。

請求者が患者(患者が18歳未満の場合は保護者)以外の場合は、委任状が必要です。

委 任 状

私(委任者)は下記の受任者に対し、特定疾患医療給付費の請求及び受領を委任します。

委任者 住所 _____

氏名 _____

受任者 住所 _____

続柄 _____

氏名 _____

<請求者の方へ>

- 1 承認期間中において特定疾患に係る介護保険サービス(医療系)を利用し、医療機関等の窓口で医療費の軽減を受けることができなかつた場合には、この請求書を使用して、愛知県知事に対し、医療費の償還払いの請求ができます。
- 2 償還払いの対象は、認定された特定疾患についての介護保険医療系サービス費に限ります。認定された特定疾患以外での介護サービスや医療系以外の介護サービスについては給付の対象になりません。
- 3 自己負担額が高額介護サービス費に係る利用者負担上限額を超えた場合は、保険者に高額介護サービス費の請求を行ってください。
- 4 償還払いの請求には、**特定疾患介護給付費証明書(様式11-2)**が必要です。サービスを提供した介護保険指定事業者の証明を受けてください。
- 5 請求書には、**事業者発行の領収書(原本)**を添付してください。
領収書(原本)の返却を希望される場合は、請求書提出時に返信用封筒及び切手を同封してください。
- 6 振込みは、県が請求書を受付けた月の翌月末日の予定です。(県からの通知はありませんので、通帳で確認してください。)
- 7 請求書送付先 ・ 問い合わせ先
〒460-8501 名古屋市中区三の丸三丁目1番2号
愛知県保健医療局健康医務部健康対策課 難病対策グループ
TEL 052-954-6270