

特定疾患介護給付費証明書

〔 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 〕

請求の理由 (どちらかに○)	1 ¹²²	承認期間中に保険のみで支払をしたため。											
		2	自己負担限度額が変更されたため。										
○介護療養施設サービス								左記のうち、承認期間内のサービス費					
入所年月	サービスの種類	総入所日数	左記のうち、承認期間内の入所日数	介護給付費明細書による単位	単位数単価	保険分特定診療費	自己負担額	介護給付費明細書による単位	単位数単価	保険分特定診療費	自己負担額	行政記載欄	
年 月	4. 介護療養施設サービス			単位	円/単位	円	円	単位	円/単位	円	円	円	
年 月	4. 介護療養施設サービス			単位	円/単位	円	円	単位	円/単位	円	円	円	
年 月	4. 介護療養施設サービス			単位	円/単位	円	円	単位	円/単位	円	円	円	
○訪問看護・介護予防訪問看護・訪問リハ・介護予防訪問リハ・居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導・介護医療院サービス													
実施年月	サービスの種類 (いずれかに○)	総実施日数	左記のうち、承認期間内の実施日数	総サービス費			左記のうち、承認期間内のサービス費						
				介護給付費明細書による単位 (月計)	単位数単価	自己負担額	介護給付費明細書による単位 (月計)	単位数単価	自己負担額				
年 月	5. 訪問看護 6. 介護予防訪問看護 7. 訪問リハビリテーション 8. 介護予防訪問リハビリテーション 9. 居宅療養管理指導 A. 介護予防居宅療養管理指導 B. 介護医療院サービス			単位	円/単位	円	単位	円/単位	円				
年 月	5. 訪問看護 6. 介護予防訪問看護 7. 訪問リハビリテーション 8. 介護予防訪問リハビリテーション 9. 居宅療養管理指導 A. 介護予防居宅療養管理指導 B. 介護医療院サービス			単位	円/単位	円	単位	円/単位	円				
年 月	5. 訪問看護 6. 介護予防訪問看護 7. 訪問リハビリテーション 8. 介護予防訪問リハビリテーション 9. 居宅療養管理指導 A. 介護予防居宅療養管理指導 B. 介護医療院サービス			単位	円/単位	円	単位	円/単位	円				
<p>上記のとおり証明します</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">事業所名</p> <p style="text-align: center;">代表者 職・氏名</p> <p style="text-align: center;">電話番号 () - 証明担当者名</p>													

- <医療機関・調剤薬局の方へ>
- 1 対象疾患と承認期間を確認の上、介護保険法に基づく介護事業者の方が黒枠内を記入してください。
 - 2 「承認期間内の介護サービス費」は、受給者票に記載されている承認期間内における介護サービス費を抽出してください。
 - 3 法別51のレセプト請求を行っているサービス提供年月分について証明をされると、二重請求になりますのでご注意ください。
 - 4 記載内容に不明な点がある場合は、県庁から問い合わせをしますので、電話番号及び証明者名は必ず記載してください。
 - 5 医療保険による訪問看護については、様式10-1に証明をしてください。