

小児慢性特定疾病医療費確認票（指定訪問看護事業者分）

年 月 日

愛知県保健医療局健康医務部健康対策課長 殿

福祉事務所名 \_\_\_\_\_

以下のとおり確認しましたので、報告します。

患者氏名	生年月日	年 月 日	公費負担者 番 号
有効期間	年 月 日から	年 月 日まで	受給者番号
自己負担上限月額	円	階層区分	

※受給者証に記載されているとおり記入してください。

決定額 (愛知県記入欄)	円
-----------------	---

※この欄は記入しないでください。

委 任 状

私（委任者）は、\_\_\_\_\_福祉事務所長を代理人と定め、小児慢性特定疾病医療費の請求及び受領に関する権限を委任します。

※代理人は、財務上の通知を行うことができる者にしてください。

委任者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

(指定訪問看護事業者証明欄)

診療年月	訪問日数	指定訪問看護費用総額	適用区分 (ワライ資格確認・ 限度額適用認定証で確認)	自己負担割合	※支払確定額内訳
年 月	日	円		(2割・3割・保険未加入)	
年 月	日	円		(2割・3割・保険未加入)	
年 月	日	円		(2割・3割・保険未加入)	
(注)・受給者の承認期間を確認の上、証明してください。(承認日前の診療分は算定しないこと。) ・指定訪問看護費用総額は、保険診療分のみを記入してください。					確定額
上記のとおり証明します。 _____年 月 日 所在地 _____ 名 称 _____					円 確定額証明書 印

- 注1 二重線で囲った部分は、医療機関または調剤薬局で証明を受けてください。
- 2 高額療養費の対象となる場合で医療扶助なし（保険加入）の場合、高額療養費制度の自己負担限度額まで、医療扶助がある場合は、医療費全額について請求の対象になります。
- 3 確認票を提出した後、改めてこちらから確認結果（金額）を通知しますので、この金額による納付書を発行し、送付してください。
- 4 確認票には、診療報酬明細書（写し）に原本証明をした上で添付してください。
- 5 この確認票は、愛知県保健医療局健康医務部健康対策課難病企画・給付グループ（〒460-8501 名古屋市中区三の丸三丁目1番2号 電話 052-954-6270）へ提出してください。