

先天性血液凝固因子障害等治療研究事業費請求書(介護保険・受給者請求用)

(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・介護医療院サービス)

年 月 日

愛知県知事殿

請求者 {
フリガナ氏名 〒
フリガナ住所
電話番号() -

受給者との続柄

受給者氏名

受給者番号

下記のとおり請求します。

(請求者の名義の口座)

※ 請求金額	円
-----------	---

銀行 (金 普通・当座 口座番号	店番() 支店
------------------------	-------------

(介護保険法に基づく指定事業所証明欄)

介護療養施設サービス						※支払確定額内訳
入所年月	サービスの種類	入所日数	介護給付費明細書による単位	単位数単価	保険分特定療養費	
年 月	介護療養施設サービス	日	単位	円/単位	円	円
年 月	介護療養施設サービス	日	単位	円/単位	円	円
年 月	介護療養施設サービス	日	単位	円/単位	円	円
訪問看護・介護予防訪問介護・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・居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導						※支払確定額
実施年月	サービスの種類	実施日数	介護給付費明細書による単位(月計)		単位数単価	
年 月	訪問看護 介護予防訪問看護 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 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	日	単位		円/単位	円
年 月	訪問看護 介護予防訪問看護 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 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	日	単位		円/単位	円
年 月	訪問看護 介護予防訪問看護 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 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	日	単位		円/単位	円
(注) ・受給者の承認期間を確認の上、証明してください。(承認日前のサービスは算定しないこと)。 ・証明は、サービスの種類を○で囲み、各サービスごとに記入してください。 ・訪問看護分(医療保険)は様式10に証明してください。						円
上記のとおり証明します。						事業所番号
所在地 〒 年 月 日						
名称						確定額証明者

- 注 1 太線で囲った部分は、介護保険法に基づく指定事業所で証明を受けてください。
 2 ※欄は、記入しないでください。
 3 振込口座の名義人は、請求者と同じにしてください。
 4 自己負担が高額介護サービス費に係る利用者負担上限額(37,200円)を超えた場合、その超えた額については、保険者に高額介護サービス費の請求をおこなってください。