

一般特定疾患治療研究費請求書（介護保険用）

栃木県知事 様

平成 年 月 日

※住所コード記入欄

医療機関等 所在地
名称
代表者名
TEL

※金融機関コード記入欄

振込口座 金融機関名 支店名
預金種目 (普通 ・ 当座)
口座番号
口座名義

※債権者コード記入欄

※決定額

患者加入保険の種類

政・組・船・共・国・退・後・その他 (本人 ・ 家族)

○患者が高齢者の医療の確保に関する法律該当の場合は一部負担金の割合を記入
(一部負担金の割合 : 割負担)

特定疾患に係る公費該当費用（患者自己負担分）を審査支払機関及び患者に請求できないため、平成 年 月分（介護保険該当分）治療研究費を次のとおり請求します。

(請求内訳)

(受給者（患者）生年月日・年齢

年 月 日 : 歳)

受給者番号	受給者氏名 (患者氏名)	治療研究対象 疾患名	Bのうち高額療養費限度額まで E	請求額 E - (C又はDのうち大きい額)
			※	※

(介護給付費の詳細)

給付月 平成 年 月分 (公費対象開始日 平成 年 月 日 ~)
(重症患者認定開始日 平成 年 月 日 ~)
(要介護認定 平成 年 月 日 ~)
(要支援認定 平成 年 月 日 ~)

治療研究対象疾患名（上記）に係る公費負担対象介護給付費（総単位）及び金額 A	公費該当診療に係る患者負担額（左記から算出） B (Cを含む)	Bのうち患者一部負担額扱いとなる額 施設サービス+食事 訪問リハ+居宅療養 C	Bのうち現実に患者から窓口徴収した額 D
介護療養施設サービス 標準負担額(食費) (入院時生活療養費) 日 食 単位 円 日 食 単位 円 訪問看護 訪問リハビリテーション 日 単位 円 居宅療養管理指導 日 単位 円	介護療養施設サービス 標準負担額 (食事及び入院時生活療養費) 円 訪問看護 円 訪問リハビリテーション 月 日 (1回目) 円 月 日 (2回目) 円 3回目以降 円 居宅療養管理指導 月 日 (1回目) 円 月 日 (2回目) 円 3回目以降 円	・ 介護療養施設サービス+食事 円 (1月最大 円) ・ 訪問リハビリテーション+ 居宅療養管理指導 円 (1月最大 円)	介護療養施設サービス+食事 円 訪問看護 円 訪問リハビリテーション+ 居宅療養管理指導 円

(注) ・ ※欄は記入しないでください。
・ 黒色ボールペン又は黒インクを使用し、記入してください。
・ 高額介護（居宅支援）サービス費該当分は、この請求書では支払えませんので、保険者（各市町村）へお問い合わせください。
・ 振込口座は代表者名義のものを記入してください（ただし、郵便局は利用できません。）
・ 介護給付費証明欄は当該月の一般特定疾患治療研究の公費負担対象となった単位や患者が実際に窓口で支払った金額について、それぞれ記入してください。
(C欄の下線部分には、受給者証に記載してある月額自己負担限度額を必ず記入してください。)