

先天性血液凝固因子障害等介護給付費交付申請書

(訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防居宅療養管理指導)

年 月 日

岐阜県知事 様

年 月分を下記のとおり交付申請します。

申請者	住所	〒											
	氏名											対象患者	対象患者の
	電話番号	()										との関係	<input type="checkbox"/> 本人
対象患者	受給者番号						有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		〒									
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ											
交付申請額		円											
振込口座	銀行・信金・信組・農協											本・支店	
	当座・普通	口座番号											
	フリガナ												
	口座名義												

【介護事業者証明欄】		年 月分	
サービス名称			
サービス実日数	日	日	日
計画単位数(A)			
限度額管理対象単位数(B)			給付率(/100)
限度額管理対象外単位数(C)			保 険
給付単位数(ABの内少ない数)+C			合 計
保 険 請 求 額	円	円	円
利 用 者 負 担 額	円	円	円

上記のとおり証明します。
年 月 日

介護 所在地 _____
事業者 名称 _____
代表者 _____

介護保険 事業所番号 _____

担当者氏名 _____ 電話番号 () - _____

注) 先天性血液凝固因子障害に係る介護給付についてのみ記載してください。
受給者証の有効期間を確認し、有効期間外の診療分については算定しないでください。

※支払確定額	円
保健所受理印	

注) 1 下段は、介護事業者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 当該介護給付に要した費用の額を証する書類(領収書)を添付して住所地を管轄する保健所に提出してください。