

特定疾患治療研究費支給申請書

和歌山県知事 様

[申請者] 住所
氏名
受給者との続柄（ ）

受給者住所			
受給者氏名			
公費負担者番号		受給者番号	
有効期間	年	月	日～年 月 日

自己負担額 (ア)	※		円
食事療養標準負担額等 (イ)	※		円
患者負担額 (ウ)	※		円
支給決定額 (ア+イ+ウ)	※		円

<u>医療機関等証明欄（ 年 月分）</u>		※ 特定疾患治療分のみ記載	
(医療保険)入院, (介護保険)指定介護療養施設サービス			<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日
(医療保険)	負担割合	(介護保険)	負担割合
点	割	単位	割
食事療養標準負担額等 円 × 回 = 円			
(医療保険)通院, (介護保険)訪問リハビリテーション・居宅療養管理指導			<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日
1日目 (月 日)	{ 通院・薬局・訪問リハ・管理指導 } 点(単位)	負担割合	円
		割	
2日目 (月 日)	{ 通院・薬局・訪問リハ・管理指導 } 点(単位)	負担割合	円
		割	
3日目以降 (月 日) (月 日) (月 日)	{ 通院・薬局・訪問リハ・管理指導 } 点(単位)	負担割合	円
		割	
(医療保険)訪問看護, (介護保険)訪問看護			<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 日
(医療保険)	負担割合	実施回数	(介護保険)
点	割	回	単位
			割
			回
上記のとおり証明します。 年 月 日 [医療機関等] 所在地 名称 代表者氏名			

(注) 1 証明欄は、医療機関(居宅サービス事業者)で記入してもらってください。
 2 入院(指定介護療養施設サービス)、訪問看護、通院(訪問リハ・管理指導)は、それぞれ別葉にて記入願います。
 3 領収書添付の上、住所地の保健所へ提出願います。
 4 ※印の欄は、記入しないでください。
 5 食事療養標準負担額等とは、食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額(食費)です。