様式4－2

特 定 疾 患 療 養 費 申 請 書(介護保険利用の方用)

千葉県知事　　様　　年　　月　　日

受給者氏名		受給者番号		
生年月日	M・T・S・H　　年　　月　　日 生	月額自己	外来	0 円
有効期間	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日	負担限度額	入院	0 円

決定金額	(この欄は記入しないでください) 円

利用年月		サ ー ビ ス 種 目 (該当する欄に○を付けること)	上記有効期間内の患者の利用日数及び患者負担額		公費負担額 (この欄は記入しないでください)
年		(介護予防)訪問看護			
		(介護予防)訪問リハビリテーション(医療機関)			
		(介護予防)居宅療養管理指導			
		指定介護療養施設サービス(医療機関)			
月		介護医療院サービス(医療機関)	日間	円	円
年		(介護予防)訪問看護			
		(介護予防)訪問リハビリテーション(医療機関)			
		(介護予防)居宅療養管理指導			
		指定介護療養施設サービス(医療機関)			
月		介護医療院サービス(医療機関)	日間	円	円
年		(介護予防)訪問看護			
		(介護予防)訪問リハビリテーション(医療機関)			
		(介護予防)居宅療養管理指導			
		指定介護療養施設サービス(医療機関)			
月		介護医療院サービス(医療機関)	日間	円	円

上記のとおり証明する。

年　　月　　日

施 設 名
所 在 地
代表者氏名　　㊞

この申請に関して、必要に応じて千葉県が市町村(介護保険主管課)に対して照会すること、及び千葉県が市町村(介護保険主管課)から照会を受けた際に千葉県が回答することについて同意します。

振込先		
	金融機関名	銀行 支店
	口座番号	普通・当座 No.
	フリガナ	
	氏 名	

申請者		
	住 所	〒
	氏 名	
	電話番号	
	患者との続柄	

1. 訂正は、記入者本人の訂正印によるもの以外は一切認められません。
2. 太枠内は施設にて記入してください。
3. 振込口座の名義人と申請者は、必ず同一人物にしてください。
4. 領収書等の支払内容がわかる書類がないものは一切認められません。

【 申請時に必要な添付書類 】

1. 領収書等の支払内容がわかるもの
   (申請月のものすべて)
2. 特定疾患医療受給者証(写)
3. 介護保険証(写)
4. 振込先金融機関に関する名称、支店名、口座番号、
   口座名義(カタカナ表示)が分かるもの(写、通帳の2ページ目等)