

特定医療費請求書（介護）

（太枠内のみ記入してください。）

公費負担者番号									
受給者番号									
患者	フリガナ氏名								
	生年月日	年 月 日							
振込先	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ほか（ ）		支店	本店・支店・出張所				
	口座番号	1 普通							
		2 当座							
	フリガナ								
口座名義人									

事業所ごとに証明を受けてください。請求書は区の担当窓口へ提出いただくか、健康福祉局医療保険部国民年金・福祉医療課まで郵送してください。振込までは2か月程度かかります。

指定難病に係る特定医療費（介護）を請求します。 当該特定医療費は、左記の口座に振り込んでください。	
（宛先）川崎市長	年 月 日
氏名	
住所 〒	
電話番号	
患者との続柄	

原則として振込口座は受給者名義（患者又は患者が18歳未満の場合は保護者）のものに限ります。それ以外の名義の口座への振込を希望される場合は、委任状が必要です。

※以下は医療機関等記載（網掛け部分は川崎市記載）欄となります。 ※指定医療機関ではない事業所での介護給付費は払戻しできませんので、御注意ください。

特定医療費（介護給付等）証明書（指定医療機関証明欄）						事務処理欄 （この欄は記入しないでください。）	
介護年月	サービス内容 （該当するものに○印を付けてください。）	基 加 単 位 算 価	実 日 数	指定難病に 係る患者か らの領収額	有効期間開始日		
					年 月 日	患者一部負担 相当額	支給決定額
年 月	訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 介護療養施設サービス 介護予防訪問看護 介護予防訪問リハビリテーション 介護予防居宅療養管理指導 介護医療院サービス		日	円	円	円	
年 月	訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 介護療養施設サービス 介護予防訪問看護 介護予防訪問リハビリテーション 介護予防居宅療養管理指導 介護医療院サービス		日	円	円	円	
年 月	訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 介護療養施設サービス 介護予防訪問看護 介護予防訪問リハビリテーション 介護予防居宅療養管理指導 介護医療院サービス		日	円	円	円	
年 月	訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 介護療養施設サービス 介護予防訪問看護 介護予防訪問リハビリテーション 介護予防居宅療養管理指導 介護医療院サービス		日	円	円	円	
年 月	訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 介護療養施設サービス 介護予防訪問看護 介護予防訪問リハビリテーション 介護予防居宅療養管理指導 介護医療院サービス		日	円	円	円	
年 月	訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 介護療養施設サービス 介護予防訪問看護 介護予防訪問リハビリテーション 介護予防居宅療養管理指導 介護医療院サービス		日	円	円	円	
備考							

証明書発行手数料 <small>（介護給付費の払戻しがある場合に限り、1,140円を限度として証明書発行手数料を払戻しできます。）</small>	円
---	---

上記のとおり領収していることを証明します。 年 月 日

指定医療機関 住所
氏名 印
（法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

指定医療機関名	
担当部署名	
電話番号	
コード	

小
証
計

申請者の方へ 必ず御確認ください。診療月の翌月の1日から5年間は申請が可能です。

○特定医療費を申請されてから医療受給者証が実際に手元に届くまでの間に、自己負担限度額を超えて支払ったとき、又は指定医療機関の窓口で特定医療費の軽減が受けられなかったときは、この申請書を利用して払戻しを請求することができます。

○請求することができるサービスは、(介護予防)訪問看護、(介護予防)訪問リハビリテーション、(介護予防)居宅療養管理指導、介護療養施設サービス及び介護医療院サービスに限ります。

○医療保険を利用した場合の払戻請求については、別途、特定医療費請求書(医療)(第11号様式)で請求してください。

※この請求書を使って払戻請求していただく対象月に、既に特定医療費(指定難病)医療受給者証を使って医療を受けた場合は、特定医療費自己負担上限額管理票のコピーを添付してください。
記載してある対象月の自己負担累計月額を控除いたします。

書類(請求書)の送付先

住所:〒210-8577 川崎市川崎区宮本町1番地 川崎市健康福祉局医療保険部国民年金・福祉医療課難病医療担当
TEL:044-200-1979

指定医療機関の方へ【記載例】

特定医療費(介護給付等)証明書(指定医療機関証明欄)					
介護年月	サービス内容 (該当するものに○印を付けてください。)	基 加 単 位 算 価	実 日 数	指定難病に 係る患者か らの領収額	
令和○年4月	○訪問看護 居宅療養管理指導 介護予防訪問看護 介護予防居宅療養管理指導	830×8日 加算減算なし 単価10.4円	8 日	6,906 円	
令和○年4月	訪問看護 居宅療養管理指導 介護予防訪問看護 介護予防居宅療養管理指導	○訪問リハビリテーション 介護療養施設サービス 介護予防訪問リハビリテーション	305×1 日	305 円	
令和○年4月	○訪問看護 ○居宅療養管理指導 介護予防訪問看護 介護予防居宅療養管理指導	訪問リハビリテーション 介護療養施設サービス 介護予防訪問リハビリテーション	500×2 日	1,000 円	

○ 次の疾患は、訪問看護を医療保険から算定しますので、第11号様式「特定医療費請求書(医療)」に証明(記入)してください。

- ・多発性硬化症
- ・重症筋無力症
- ・筋萎縮性側索硬化症(ALS)
- ・脊髄小脳変性症
- ・ハンチントン病
- ・進行性核上性麻痺
- ・パーキンソン病
- ・大脳皮質基底核変性症
- ・脊髄性筋萎縮症
- ・多系統萎縮症
- ・プリオン病
- ・ライゾーム病
- ・亜急性硬化性全脳炎
- ・球脊髄性筋萎縮症
- ・副腎白質ジストロフィー
- ・慢性炎症性脱髄性多発神経炎

○1か月以内に複数のサービスを利用された場合は、サービスごとに記入してください。