

# 先天性血液凝固因子障害等介護給付費交付申請書

(介護療養施設サービス・介護医療院サービス)

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			
入院実日数	日		
区分	保 険 分		保険分特定診療費
単位数合計			
給付率	/ 100		/ 100
保険請求額	円		円
保険請求額	円		円
利用者負担額	円		円
上記のとおり証明します。			
年 月 日			
介護事業者	所在地	_____	
	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。