

特定医療費（指定難病）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	5 4 3 0 6 0 1 4	受給者番号	
有効期間	年 月 日	～	年 月 日

自己負担額 (ア)	※	円
患者負担額 (イ)	※	円
支給決定額 (ア-イ)	※	円

医療機関等証明欄（ 年 月分）

・指定難病治療分のみ記載

・受給者証有効期間内の診療分のみ記載

(医療保険)入院，(介護保険)指定介護療養施設サービス

□□ 日

(医療保険)【 月 日 ～ 月 日】	負担割合	(介護保険)	負担割合
点	割	単位	割

(医療保険)通院等，(介護保険)訪問リハビリテーション・居宅療養管理指導

□□ 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 割	自己負担金 円
2日目 (月 日)	{ 通院・薬局・訪問リハ・管理指導 } 点(単位)	負担割合 割	自己負担金 円
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 割	自己負担金 円

(医療保険)訪問看護，(介護保険)訪問看護

□□ 日

(医療保険)	負担割合	実施回数	(介護保険)	負担割合	実施回数
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 領収書、上限額管理票(該当月に使用した場合)、高額療養費の支給決定通知書等(該当する場合)を添付の上、住所地の保健所へ提出願います。
 3 ※印の欄は、記入しないでください。