



# 特定医療費(介護給付等)支給申請書

受付番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- この申請書は、受給者証を使わずに支払った介護給付費や自己負担上限月額を超えて支払った介護給付費を請求するためのものです。**該当する介護給付費がないときは、提出の必要はありません。**
- 受給者証を持参し、医療機関・事業所ごとに裏面の「特定医療費証明書」の記入を受けてください。**  
ただし、自己負担上限月額の変更による払戻しで、変更前の自己負担上限月額との差額を請求する際は不要です。
- 申請できるのは、受給者証の有効期間内の指定難病及び当該指定難病に付随して発生する傷病に関する介護給付費です。認定された疾病に関わりのないサービスや保険適用外のサービスは対象外です。
- 高額療養費や他の公費から支給される金額については、差し引いてお支払いします。
- 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ます。払戻す介護給付費が無い場合は、証明書発行手数料についても払戻しはありません。
- 診療月の翌月1日から5年間は申請が可能です。**申請から振込までには、2～3か月程度かかります。**

## ■太枠の中を記入してください。

相模原市長 あて  
指定難病に係る特定医療費(介護給付等)について、次のとおり申請します。なお、当該支給額の算定にあたり、必要がある場合には、医療機関、保険者等へ問い合わせることを承諾します。

申請者 (送付先)	フリガナ氏名	※自署の場合は押印不要	電話番号	※日中に連絡の取れる電話番号を記入
	住所	〒      -		
	続柄		受給者番号	.....
フリガナ患者氏名			生年月日	年      月      日
振込先	銀行・金庫 信用組合・農協		※ゆうちょ銀行の場合は数字3桁 店・支店 支所・出張所	
口座番号	普通	.....	口座名義人 (カタカナ)	.....

患者又は保護者と口座名義人が異なる場合には、上記の口座名義人を代理人とし、上記指定口座への振込をもって相模原市からの支払金の受領と認めます。

## ■申請者が患者(18歳未満の場合は保護者)以外の場合は、いずれかに記入してください。

### 委任状 【申請者が患者又は保護者以外の場合(相続人除く)】

相模原市長(前渡金管理者)あて  
私は、上記申請者を代理人と定め、相模原市への特定医療費の申請及び受領に関する権限を委任します。

年      月      日

委任者      住所      氏名  
(患者又は保護者)      ※自署の場合は押印不要

### 誓約書 【申請者が相続人の場合】

相模原市長(前渡金管理者)あて  
被相続人に係る特定医療費の申請及び受領に関し、他の相続人から異議の申し立てがあった場合は、申請者の責任において当事者間で解決することを誓約します。

年      月      日

申請者      住所      被相続人      住所  
(相続人)

氏名      氏名  
※自署の場合は 押印不要

被相続人との関係(      )      死亡年月日      年      月      日

## ■添付書類

- 預金通帳の写し、キャッシュカードの写し等の振込先口座の確認ができる資料
- 自己負担上限額管理票のコピー(自己負担上限月額の変更による払戻しや、対象月に既に自己負担上限額管理票を使用した場合のみ)
- 戸籍など被相続人との関係が分かる書類(住民票上別世帯の相続人が申請する場合のみ)

■送付先：〒252-5277 相模原市中央区中央2-11-15 疾病対策課 難病対策班  
 問合せ先：疾病対策課 難病対策班 042-769-8324(直通)  
 ※窓口へ直接申請される場合は、各保健センターに提出してください。

# 特定医療費証明書(医療機関等記入欄)

介護給付費

- ・ 受給者証の提示がなく、公費を使って介護給付費の請求ができていない場合にご記入ください。
- ・ **医療保険を利用した場合の払戻し請求は、「特定医療費支給申請書」(別様式)を使用してください。**
- ・ 次の疾患は、訪問看護を医療保険から算定することとなりますので、「特定医療費支給申請書」に証明願います。  
 (多発性硬化症、多系統萎縮症、重症筋無力症、プリオン病、筋萎縮性側索硬化症(ALS)、亜急性硬化性全脳炎、  
 脊髄小脳変性症、ライソゾーム病、ハンチントン病、副腎白質ジストロフィー、進行性核上性麻痺、脊髄性筋萎縮症、  
 大脳皮質基底核変性症、球脊髄性筋萎縮症、パーキンソン病、慢性炎症性脱髄性多発神経炎)

特定医療費(指定難病)医療受給者証の有効期間開始日				年 月 日から			証明書発行手数料(介護給付費の払戻しがある場合に限り、1,140円まで払戻しできます。)					円
診療年月	負担割合 証の割合	サービス内容 (該当するものに○をしてください。)	月の総単位数 指定難病と認められる 単位数(A)	地域区分単価	日数 (難病分)	患者からの 指定難病に 係る領収額 (B)	市記入欄(この欄は記入しないでください)					
							一部負担 相当額 (C)	B-C (D)	2割負担 相当額 A×2 (E)	B-E (F)	支給決定額 (DとFで 高い方) (G)	
〇〇年 12月	1割	訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 介護医療院サービス	総 3,282 単位 難 3,282 単位	10.84 円	3 日	3,558 円	円	円	円	円	円	円
〇〇年 12月	1割	訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 介護医療院サービス	総 2,464 単位 難 2,464 単位	10 円	4 日	2,464 円	円	円	円	円	円	円
〇〇年 10月	2割	訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 介護医療院サービス	総 7,432 単位 難 4,150 単位	10.84 円	5 日	8,998 円	円	円	円	円	円	円
年月	割	訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 介護医療院サービス	総 単位 難 単位	円	日	円	円	円	円	円	円	円
年月	割	訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 介護医療院サービス	総 単位 難 単位	円	日	円	円	円	円	円	円	円
年月	割	訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 介護医療院サービス	総 単位 難 単位	円	日	円	円	円	円	円	円	円
年月	割	訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 介護医療院サービス	総 単位 難 単位	円	日	円	円	円	円	円	円	円
年月	割	訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 介護医療院サービス	総 単位 難 単位	円	日	円	円	円	円	円	円	円
年月	割	訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 介護医療院サービス	総 単位 難 単位	円	日	円	円	円	円	円	円	円
年月	割	訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 介護医療院サービス	総 単位 難 単位	円	日	円	円	円	円	円	円	円
年月	割	訪問看護 訪問リハビリテーション 居宅療養管理指導 介護医療院サービス	総 単位 難 単位	円	日	円	円	円	円	円	円	円
備考欄												

当該患者にかかる負担割合、単位数、日数、領収額等は上記のとおりであることを証明します。  
 また、公費併用レセプト等による請求を行っていないことも確認済です。

所在地  
 医療機関名  
 代表者氏名

担当部署  
 担当者名  
 連絡先  
 医療機関コード

小(G)	計決
証(H)	計確
計	シ入 ( / )
決	シ確