

# 特定医療費(介護給付等)支給申請書

受付番号

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

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。

太枠の中を記入し、受給者証を持参の上、指定医療機関ごとに証明を受けてください。

申請者 (送付先)	フリガナ氏名	印	申請日	年	月	日
	住所	〒 -				
	電話番号			患者との続柄		
公費負担者番号	5	4	1	4		
フリガナ患者氏名				生年月日	年	月
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)	カタカナで記入	

患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。

特定医療費証明書(医療機関等記入欄)							口座確認 済 未					
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			市記入欄 記入しないでください。					
証明書発行手数料 <small>医療費の払戻しがある場合に限り、市が定める上限額まで払戻しできます。</small>				円 (H)								
診療年月	負担割合	サービス内容 (該当するものにつけてください。)	月の総単位数		地域区分単価	日数 <small>(難病分)</small>	患者からの指定難病に係る領収額(B)	一部負担相当額(C)	B-C(D)	2割負担相当額(E)	B-E(F)	支給決定額(G)
			指定難病と認められる単位数(A)	単位								
年	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								
月		介護予防訪問看護 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 介護予防居宅療養管理指導	難	単位	円	日	円	円	円	円	円	円
年	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								
月		介護予防訪問看護 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 介護予防居宅療養管理指導	難	単位	円	日	円	円	円	円	円	円
年	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								
月		介護予防訪問看護 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 介護予防居宅療養管理指導	難	単位	円	日	円	円	円	円	円	円
年	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								
月		介護予防訪問看護 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 介護予防居宅療養管理指導	難	単位	円	日	円	円	円	円	円	円

上記のとおり領収していることを証明します。

年 月 日

所在地  
医療機関名  
(事業所名)  
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

## 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、下記の者を代理人と定め、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  
(患者又は  
保護者) 氏名



受任者 住所  
氏名



## 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(亡くなられた患者)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  
(相続人) 氏名



被相続人 住所  
氏名

被相続人との関係

死亡年月日 年 月 日

### 申請者の方へ

受給者証の有効期間内に、(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、介護医療院サービスにおいて、自己負担上限額を超えて支払いをしている場合や、軽減(2割負担)が受けられなかった場合などに、払戻しの請求ができます。

(証明書発行手数料は、医療費の払戻しがある場合に限り、市が定める上限額(H30.4.1現在1,140円)まで払戻しできます。)

必要書類	備考
特定医療費(介護給付等)支給申請書	指定医療機関で証明を受けてください。領収額等を自己負担上限額管理票のみで確認できる場合は、証明欄の記入は不要です。
自己負担上限額管理票の写し	自己負担上限額の変更による払戻しや、払戻し請求をする対象月に既に自己負担上限額管理票を使用した場合は、添付してください。
振込先の預金通帳の写し	口座番号や口座名義人が確認できる箇所をコピーしてください。
戸籍など被相続人との関係が分かる書類	相続人の場合に添付してください。ただし、住民票上同一の世帯(相模原市内に限る)の場合は、不要です。

#### 注意事項

- 健康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」を使用してください。
- 支給決定通知書は、申請者あてに送付します。

#### 書類の送付先・問合せ先

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。

### 指定医療機関の方へ【記載例】

受給者証に記載されている疾病に関する治療で、受給者証の有効期間内に実際に支払われたものを記載してください。

特定医療費証明書(医療機関等記入欄)						
特定医療費(指定難病)医療受給者証の有効期間開始日			平成30年6月1日から			
証明書発行手数料			1,080円(円)			
診療年月	負担割合	サービス内容 (該当するものを をつけてください。)	月の総単位数	地域区分単価	日数	患者からの指定難病に係る領収額(B)
			指定難病と認められる単位数(A)			
30年6月	1割	訪問看護	総 3,282単位	10.84円	3日	3,558円
		訪問リハビリテーション	難 3,282単位			
30年6月	1割	訪問看護	総 2,464単位	10.66円	8日	2,627円
		訪問リハビリテーション	難 2,464単位			
30年8月	2割	訪問看護	総 7,432単位	10.84円	5日	8,998円
		訪問リハビリテーション	難 4,150単位			

受給者証の有効期間開始日を記入してください。

発行手数料を徴収した場合、記入してください。

受給者証の有効期間開始日以降かつ、平成30年4月以降の診療分を記入してください。  
平成30年3月診療分までは神奈川県事へ申請する必要があります。

同月内に複数のサービスを利用されている場合は、そのサービスごとに記入してください。

月の総単位数と指定難病と認められる点数が異なる場合、指定難病に係る領収額を記入してください。

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