

※医療機関の方がすべて記入してください。

### 千葉市指定難病療養費証明書(介護保険用)

※医療保険の場合は指定難病療養費証明書(医療保険用)をご利用ください。  
 ※裏面の注意事項及び記載例を確認のうえ、ご記入ください。  
 ※レセプト単位毎に1行でご記入ください。

受給者番号	
患者氏名	

利用年月	サービス内容 1~8のいずれかに○ (欄外を参照)	自己負担割合	1か月の総 利用日数	介護給付明細書による 1か月の総 単位数	単位数単価	患者から領収し た指定難病に係 る負担金額	備考
			上記のうち有効 期間内かつ指 定難病に係る 利用日数	上記のうち有効期間内 かつ指定難病に係る単 位数			
年 月	1 2 3 4	1割 ・ 2割 ・ 3割	日	単位	円	円	
	5 6 7 8		日	単位			
年 月	1 2 3 4	1割 ・ 2割 ・ 3割	日	単位	円	円	
	5 6 7 8		日	単位			
年 月	1 2 3 4	1割 ・ 2割 ・ 3割	日	単位	円	円	
	5 6 7 8		日	単位			
年 月	1 2 3 4	1割 ・ 2割 ・ 3割	日	単位	円	円	
	5 6 7 8		日	単位			
年 月	1 2 3 4	1割 ・ 2割 ・ 3割	日	単位	円	円	
	5 6 7 8		日	単位			
年 月	1 2 3 4	1割 ・ 2割 ・ 3割	日	単位	円	円	
	5 6 7 8		日	単位			

上記のとおり証明します。	
年 月 日	
指定医療機関名	所属部署名
所在地	担当者
代表者氏名	電話番号
④	

※介護の内容 1. 訪問看護 2. 訪問リハビリテーション 3. 居宅療養管理指導 4. 介護療養施設サービス 5. 介護予防訪問看護  
 6. 介護予防訪問リハビリ 7. 介護予防居宅療養管理指導 8. 介護医療院サービス

## 【注意事項及び記載例】

### 注意事項

- 本証明書は特定医療費(指定難病)受給者証の記載された病名及び当該疾病に付随して発生する傷病に対するサービスに係る費用を確認するものです。  
必ず受給者証に記載された病名と有効期間を確認のうえ、記入してください。
- 同一月内で公費併用レセプト(法別54)で請求した介護サービス費がある場合、当該医療費についてはこの証明書での償還はできませんので注意してください。
- 54公費併用で請求しているレセプトについては、原則この様式での証明ができません。  
自己負担上限額の変更に伴う過払い分の払い戻しの場合は、上限額管理手帳のコピーが証明の代わりとなりますので、この様式での証明は不要です。  
受給者から依頼があった場合は、その旨をお伝えください。  
上限額管理手帳の紛失等により証明を依頼されて、この様式にて証明いただく場合は、必ず備考欄に54公費にて請求済みである旨を記載してください。

### 記載例

※医療保険の場合は指定難病療養費証明書(医療保険用)をご利用ください。  
※裏面の注意事項及び記載例を確認のうえ、ご記入ください。  
※レセプト単位毎に1行でご記入ください。

受給者番号	123456
患者氏名	千葉 太郎

利用年月	サービス内容 1~8のいずれかに○ (欄外を参照)	自己負担割合	1か月の総 利用日数	介護給付明細書による 1か月の総 単位数	単位数単価	患者から領収した 指定難病に係る 負担金額	備考
			上記のうち有効 期間内かつ指 定難病に係る 利用日数	上記のうち有効期間内 かつ指定難病に係る単 位数			
令和7年 4月	① 2 3 4 5 6 7 8	①割 ・ 2割 ・ 3割	5 日	5,000 単位	10.66 円	42,640 円	サービス提供日:4/1、4/3、4/5~4/7 ※受給者証の有効期間は4/2~
			4 日	4,000 単位			

- 同月内に複数のサービスを利用している場合は1サービスにつき1行につき記入してください。
- 受給者が実際に負担した額を記載してください(他の公費や高額療養費を適用した場合等を含める)。  
※保険適用外の費用(文書料等)は対象外。
- 下記に該当する場合は必ず備考欄を記入してください。
  - 難病以外の公費負担による給付を受けた場合は、その旨を記入してください。
  - 患者から徴収した金額が異なる場合は、その理由を記入してください。
  - 領収書等にサービス提供日が記載されていない場合は、提供日を記入してください。

上記のとおり証明します。	
年 月 日	
指定医療機関名	所属部署名
所在地	担当者
代表者氏名	電話番号
印	

※介護の内容 1. 訪問看護 2. 訪問リハビリテーション 3. 居宅療養管理指導 4. 介護療養施設サービス 5. 介護予防訪問看護  
6. 介護予防訪問リハビリ 7. 介護予防居宅療養管理指導 8. 介護医療院サービス

必ずすべて記載し、医療機関又は代表者氏名の印を押印してください。  
なお、本証明書を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で末梢し、ここに押印したものと同一ものを訂正印として押印してください(修正テープ・砂消し等の使用は不可)。