

様式7号の6

※償還払いを受けるための書類です。居宅サービス事業者の方がすべてを記入してください。

療 養 証 明 書

①

受給者名		公費負担番号	5	1	1	1			
受給者証の疾患名		受給者番号							
受給者証の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日								

サービスの種類	
---------	--

訪 問 年 月	日 数 ②	対象疾患に係る サービス単位数	患 者 負 担 額 (基 本 利 用 料)	公 費 負 担 額 (この欄は記入しないでください。)
年 月	日	単 位	円	円
年 月	日	単 位	円	円
年 月	日	単 位	円	円
年 月	日	単 位	円	円
年 月	日	単 位	円	円
年 月	日	単 位	円	円

上記のとおり証明します。

年 月 日

事業者
 ③ 名称
 所在地
 代表者名
 電話番号
 事業者コード
 記入者名

- (注) ① 受給者証に記載されている疾患と有効期間を確認の上、記入してください。
 ② 「日数」は、受給者証に記載されている有効期間内で、対象疾患に係る訪問看護療養費に係る居宅サービスをした日数のみを抽出して記入してください。
 ③ 記載内容に不明な点がある場合は、保健所又は県庁から問い合わせをいたしますので、「事業者」の電話番号及び**記入者名**は必ず記載するとともに、この療養証明書のコピーを取っていただくようお願いします。証明された内容を確認するため、必ずサービス内容の明記してあるサービス提供票、又はサービスコード票を受給者にお渡しくださいますようお願いいたします。