

## 療養手当（介護老人保健施設関係）支給申請書

年 月 分

療養手当申請額		(記入不要) 決定額	円
---------	--	---------------	---

療養手当の支給を受けたいので、次の証明書を添えて申請します。

年 月 日

申請者 { 住 所  
氏 名  
電話番号  
生年月日 年 月 日

手帳区分	1 医療手帳	2 水俣病被害者手帳
------	--------	------------

手帳番号	
------	--

鹿児島県知事 殿

[以下介護事業所が記入]

## 介護老人保健施設入所証明書

年 月 分

対象者名 氏 名		住 所	
生年月日	年 月 日	要介護状態区分	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
入所日数	日 間		

上記のとおり当施設に入所していたことを証明します。

年 月 日

事業所番号	：	：	：	：	：	：	：	：	：
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---

事業所 名 称

所在地 〒

電話番号

開設者の氏名又は名称

印

(注)裏面の「記入上の注意」に基づき、記入してください。

## ◎記入上の注意

### 【申請書】について

1 この申請書は、水俣病総合対策医療事業の医療手帳、水俣病被害者手帳をお持ちの方が介護老人保健施設に入所されたときに療養手当を請求するためのものです。他の介護サービスを受けられた方は記入の必要はありません。

2 「療養手当申請額」欄は、下記の金額を記入してください。

区 分		医療手帳交付者	水俣病被害者手帳 交付者(手当付)
通院の場合	(70歳以上)	21,200円/月	15,900円/月
	(70歳未満)	17,200円/月	12,900円/月

## ◎記入上の注意

### 【証明書】について

この証明書は、水俣病総合対策医療事業の医療手帳、水俣病被害者手帳をお持ちの方が介護老人保健施設に入所されたときに療養手当を請求するためのものです。他の介護サービスを受けられた方は記入の必要はありません。