

認定番号	
------	--

病院・施設長（市区町村長）殿

申請者	住所		
	氏名		受給資格者との続柄

短期入院・入所に係る室料差額負担金及び食事負担金領収証明願 **別枠**

独立行政法人自動車事故対策機構の介護料支給を請求するため、

利用者氏名	
-------	--

に係る下記負担金額について領収したことを証明願います。

記

入院・入所期間		室料差額負担金	食事負担金
令和 令和	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	円	円
目的 (○印を付ける)	リハビリ その他		
令和 令和	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	円	円
目的 (○印を付ける)	リハビリ その他		
令和 令和	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	円	円
目的 (○印を付ける)	リハビリ その他		
令和 令和	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	円	円
目的 (○印を付ける)	リハビリ その他		
室料差額負担金及び食事負担金合計		円	

上記のとおり領収したことを証明します。

令和 年 月 日

住所（又は名称及び所在地）

病院・施設長（市区町村長）氏名

印

電話

(注1) 入院目的がリハビリに該当する場合は、入院計画書等を添付してください。

(注2) 上記内容が確認できる病院又は施設の様式による領収書を添付してください。ただし、本様式に病院・施設長（市区町村長）の証明印がある場合は、添付を省略できます。