

年 月 日

療養食加算申請書

別府市長あて

事業者番号										
事業者及び その事業所 の名称 代 表 者										

下記のとおり療養食加算を申請します。

記

加算対象者

受給者証番号										生年月日	年	月	日
利用者(保護者) 氏 名										利用決定に係る 児童氏名			

提供状況

提供期間	年	月	日	～	年	月	日
------	---	---	---	---	---	---	---

該当する療養食

<input type="checkbox"/> 糖尿病食	<input type="checkbox"/> 膵臓病食
<input type="checkbox"/> 腎臓病食	<input type="checkbox"/> 脂質異常症食
<input type="checkbox"/> 肝臓病食	<input type="checkbox"/> 痛風食
<input type="checkbox"/> 胃潰瘍食(※1)	<input type="checkbox"/> 特別な場合の検査食(※2)
<input type="checkbox"/> 貧血食	<input type="checkbox"/> その他治療食(※3)

(※1) 流動食は除く。

(※2) 潜血食のほか、大腸X線検査・大腸内視鏡検査のために特に残さの少ない調理済食品を使用した場合も含む。

(※3) 医師の発行する食事せんに基づいて提供される利用者の年齢、症状等に対応した栄養量及び内容を有する治療食であること。

その他

本加算の根拠となる食事せん及び献立表のコピーを添付すること。