

堺市指定難病に係る医療費総額証明書

受給者氏名		生年月日	
疾病名 (指定難病)			

対象期間	年 月 日から 年 月 日までの間	
年 月	指定難病の医療費助成制度の給付対象となる医療・介護保険サービスに係る医療費総額 (10割分)	備 考
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		

指定難病に係る医療費の総額が上記のとおりであることを証明します。

年 月 日

住所（所在地）

氏名（名称）

（代表者氏名）

（証明者が自署しない場合又は法人である場合は、記名押印をしてください。）

電話番号

担当者（職・氏名）