様式第１号の２（第２条関係）

記入例

堺市特定医療費（指定難病）証明書

受給者氏名	堺　太郎	受給者番号	0 1 2 3 4 5 6
支給認定の有効期間	令和5年 1 月 1 日 から 令和5年 12月 31日まで		

健康保険 種別 負担割合	診療年月（総点数）（医療扶助総額）	支給認定の有効期間内の指定難病に係る診療実日数		保険診療点数	医療扶助等の給付額
社保 割 介護保険 割	令和 5 年 1 月分 [入院 ▼▼▼▼ 通・薬 ●●●● 点] [入院 ▽▽▽▽ 通・薬 ○○○○ 円]	入院	10 日間（ 1 日～ 10 日）	10,000点	医 100,000円
			食事 30 食		食 19,200円
		通院			円
		薬局			円
		院	日間（ 日～ 日）	点	円
			食事 食		食 円
		院	2 日	1,000点	10,000円
	通・薬 ○○○○ 円	薬局	日	点	円
社保 割 介護保険 1 割	令和 5 年 2 月分 [入院 通・薬 ◎◎◎◎ 点] [入院 通・薬 □□□□ 円] 円	入院	日間（ 日～ 日）	点	医 円
			食事 食		食 円
		通院	日	2,000点	22,100円
		薬局	日	点	円

総点数（10割分）
※指定難病に係るものに限る

１か月間の医療費の総点数・総額
※指定難病に係るもの以外も含む
※入院と通院・薬局は分けてご記入ください

備考欄
地域単価　２級地　１１．０５円

医療扶助・介護扶助による給付を行ったもののうち、特定医療費（指定難病）を上記のとおり証明する。

年　月　日

指定医療機関の名称	▽▽病院						
医療機関コード等	1	1	1	1	1	1	1

福祉事務所
所在地　〒000－0000 堺市堺区○○町△－□
名称　○○福祉事務所
代表者氏名　○○福祉事務所長　▲▲　▲▲

電話番号　072－000－0000
担当者（職・氏名）　係長・▽▽　▽▽