様式第６号の１（第３条関係）

堺市指定難病に係る医療費総額証明書

受診者氏名		生年月日		申請日	

疾病名	

A

診療・調剤・介護給付 年　月	**指定難病の医療費助成制度の対象となる**診療・調剤等の医療費総額（**10割分**）
年　　月	円
年　　月	円
年　　月	円
年　　月	円
年　　月	円
年　　月	円
年　　月	円
年　　月	円

B

診療・調剤・介護給付 年　月　日 ※申請日から3か月以内		**指定難病の医療費助成制度の対象となる**診療・調剤等の医療費総額（**10割分**）
年　　月	日	円
	日	円
	日	円
	日	円
	日	円
年　　月	日	円
	日	円
	日	円
	日	円
	日	円
年　　月	日	円
	日	円
	日	円
	日	円
	日	円
年　　月	日	円
	日	円
	日	円
	日	円
	日	円

備考	

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

医療機関名称

所在地（住所）

代表者（管理者）職・氏名

担当者（職・氏名）　　電話番号

【医療機関の方へ】

この証明書は特定医療費（指定難病）助成の申請において、診断基準を満たし、重症度分類を満たさない方に対して、申請月を含む過去12か月間の指定難病に係る医療費総額を確認するための書類です。

算定対象期間中に月ごとの指定難病に係る医療費総額が33,330円を超える月が3回以上ある方は申請に基づき特定医療費（指定難病）の支給認定を行うことができます。（軽症高額該当）

※令和5年10月1日以降に申請した軽症高額該当者については、軽症高額該当基準を満たした日の翌日から医療費助成が開始となります。（ただし、申請日からの遡りは原則1か月（やむを得ない理由があるときは最長3か月）です。）そのため、**申請日から3か月以内の受診・調剤等については、日ごとの医療費総額をB欄に記載してください。記載がない場合、受診日等は月の最終日とみなします。**