

## 堺市特定医療費（指定難病）証明書

受診者氏名		受給者番号			
支給認定の有効期間	年 月 日 から	年 月 日 まで			
適用区分	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		
種別 負担割合			医療扶助等の給付額		
適用区分 【 】	年 月分	入院	日間 ( 日～ 日) 点	円	
社 保 割		食事	食		円
		通院	日	点	円
介護保険 割		薬局	日	点	円
		【処方箋発行医療機関名】			
		訪問看護	日	点	円
		介護	日	単位 (地域単価 円)	円
適用区分 【 】	年 月分	入院	日間 ( 日～ 日) 点	円	
社 保 割		食事	食		円
		通院	日	点	円
介護保険 割		薬局	日	点	円
		【処方箋発行医療機関名】			
		訪問看護	日	点	円
		介護	日	単位 (地域単価 円)	円
適用区分 【 】	年 月分	入院	日間 ( 日～ 日) 点	円	
社 保 割		食事	食		円
		通院	日	点	円
介護保険 割		薬局	日	点	円
		【処方箋発行医療機関名】			
		訪問看護	日	点	円
		介護	日	単位 (地域単価 円)	円

備考欄

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	
医療機関コード等	

福祉事務所 所在地  
 名称  
 代表者氏名  
 電話番号  
 担当者（職・氏名）

