**堺市特定医療費（指定難病）証明書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受 給 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 |
| 健康保険 | 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 |
| 種別　　負担割合 |
| 社　　保　　　割介護保険　　　割 |  年 月分( 点)( 円) | 入院 | 日間（　　日～　　日） | 点 | 　　　　　　　　 円 |
| 食事　　　　　　食 |  | 　　　　　　　　 円 |
| 通院 | 日 | 点 | 円 |
| 薬局 | 日 | 点 | 円 |
| 社　　保　　　割介護保険　　　割 |  年 月分( 点)( 円) | 入院 | 日間（　　日～　　日） | 点 | 　　　　　　　　 円 |
| 食事　　　　　　食 |  | 　　　　　　　　 円 |
| 通院 | 日 | 点 | 円 |
| 薬局 | 日 | 点 | 円 |
| 社　　保　　　割介護保険　　　割 |  年 月分( 点)( 円) | 入院 | 日間（　　日～　　日） | 点 | 　　　　　　　　 円 |
| 食事　　　　　　食 |  | 　　　　　　　　 円 |
| 通院 | 日 | 点 | 円 |
| 薬局 | 日 | 点 | 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） |