**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） | | | | | | | | | | | | | | | |