様式４

指定難病兼特定疾患に係る医療費総額証明書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年月日 |  |
| 疾病名(※1) |  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 算定期間 | 年　　月　　日から　　年　　月　　日までの間 |
| 診療・調剤・　　年月介護給付（※２） | 診療・調剤等費の医療費総額　　　　　　　　（円） | 適用公費(※３)（いずれか１つに○） |
| 　年　　月 |  | ５４　・　８３　・　適用なしその他（　　　　 　　　　　　　） |
| 　年　　月 |  | ５４　・　８３　・　適用なしその他（　　　　 　　　　　　　） |
| 　年　　月 |  | ５４　・　８３　・　適用なしその他（　　　　 　　　　　　　） |
| 　年　　月 |  | ５４　・　８３　・　適用なしその他（　　　　 　　　　　　　） |
| 　年　　月 |  | ５４　・　８３　・　適用なしその他（　　　　 　　　　　　　） |
| 　年　　月 |  | ５４　・　８３　・　適用なしその他（　　　　 　　　　　　　） |
| 　年　　月 |  | ５４　・　８３　・　適用なしその他（　　　　 　　　　　　　） |
| 　年　　月 |  | ５４　・　８３　・　適用なしその他（　　　　 　　　　　　　） |
| 　年　　月 |  | ５４　・　８３　・　適用なしその他（　　　　 　　　　　　　） |
| 　年　　月 |  | ５４　・　８３　・　適用なしその他（　　　　 　　　　　　　） |
| 　年　　月 |  | ５４　・　８３　・　適用なしその他（　　　　 　　　　　　　） |
| 　年　　月 |  | ５４　・　８３　・　適用なしその他（　　　　 　　　　　　　） |

※１指定難病又は特定疾患の受給者証を複数所持している場合は、全ての疾患名を記載。

※２介護給付に関する費用については、難病の医療費助成制度の給付対象となる介護保険サービのみ。

※３同一月に複数の公費を適用している場合は、それぞれの医療費総額がわかるよう1行ずつ分けて記載。

上記のとおりの医療費総額であることを証明します。　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　 所 在 地

　　　　　　　　 施 設 名

医療機関名　管理者名

　　　　　　　　 担当者名（所属課）

　　　　　　　　 電 話

**医療機関の方へ**：この証明書は、医療費助成制度の対象となる疾病にり患した患者の方に対して一定以上の医療費総額がかかっていることを確認するための書類です。

【軽症高額該当：指定難病のみ】

難病の医療費助成に係る診断基準を満たし、重症度分類を満たさない方で、月ごとの当該難病に係る医療費総額が３３，３３０円を超える月が申請日以前の１２か月のうちの期間に、３か月以上ある方は、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。

【高額かつ長期：指定難病、特定疾患】

既に認定された方で、月ごとの医療費総額が５万円を超える月が６か月以上ある方で、現在一般所得Ⅰ以上の方は、自己負担上限月額が軽減されることがあります。

※医療費助成の支給認定を受けた日以後のものに限ります。

※指定難病は公費５４の適用を受けた医療費のみ、また特定疾患は公費８３の適用を受けた医療費のみが算定対象となります。

**医療費助成の対象となる医療・介護保険サービスに係る費用のみ記載してください。**