

受給者番号							
※保健所記載欄							

## 小児慢性特定疾病医療費助成に係る医療費総額の療養証明書

氏名		生年月日	
疾病名			

算定期間	年 月 日から 年 月 日までの間	備 考
診療・調剤 訪問看護 年 月	診療・調剤等費の医療費総額 (円)	備 考
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
合 計		

上記のと通りの医療費総額であることを証明します。 \_\_\_\_\_ 年 月 日

(医療機関等)  
 名 称  
 所 在 地  
 管理者名  
 電話番号

### 医療機関の方へ

この証明書は、小児慢性特定疾病の医療費助成制度の対象となる疾病に罹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。

既に認定された方で、月ごとの当該小児慢性特定疾病にかかる医療費総額が5万円を超える月が、申請しようとする月以前の12か月のうちの期間に、6か月以上ある方で、現在一般所得I(C1)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。

**(注) 小児慢性特定疾病医療費助成の対象となる医療にかかる費用のみ記載ください。**