別紙様式第1号

指定難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	
診療・調剤・介護給付	診療・調剤等費の医療費総額（10割分）	備　考
年　月		
年　月		
年　月		
年　月		
年　月		
年　月		
年　月		
年　月		
年　月		
年　月		
年　月		
年　月		
年　月		
合計		

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

医療機関名	所在地 施設名 管理者名　㊞ 電話

医療機関の方へ：この証明書は、難病の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。

①難病の医療費助成の支給要件であ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かかる医療費総額が33,330円を超える月が申請日以前の12か月のうち、3か月以上ある方は、支給認定を行います。（「軽症高額該当」）

②すでに認定された方で、月ごとの当該難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、6か月以上ある方で、一定所得以上の方は、自己負担上限月額が軽減されることがあります。（「高額かつ長期」）

○医療費について、次の方はそれぞれ以下の範囲までご記入いただくことで差し支えありません。

・「軽症高額該当」を理由として申請をしようとする方：12か月のうち33,330円を超える月が3か月以上ある場合は、33,330円を超える月3か月分

・「高額かつ長期」を理由として変更申請をしようとする方：12か月のうち50,000円を超える月が6か月以上ある場合は、50,000円を超える月6か月分