

○この用紙は医療機関・薬局・訪問看護ステーションごとに記入してもらってください。

様式第9号

○証明が3か月を超える場合や複数の医療機関・薬局等で証明をもらう場合は、必要枚数をコピーしてください。

大阪市こども難病医療費証明書

受給者番号								月額自己負担 上限額		円								
受給者氏名								生年月日		年	月	日						
住 所	大阪市 区																	
有効期間	年			月			日から			年			月			日まで		
診療年月			診療実日数				対象医療費 及び一食単価				患者負担額							
年	月分	入院	日				円				円							
			食				円				円							
		通院	日				円				円							
			薬局				円				円							
			訪問 看護				円				円							
年	月分	入院	日				円				円							
			食				円				円							
		通院	日				円				円							
			薬局				円				円							
			訪問 看護				円				円							
年	月分	入院	日				円				円							
			食				円				円							
		通院	日				円				円							
			薬局				円				円							
			訪問 看護				円				円							

上記のとおり、こども難病医療費に係る患者負担額を領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関（薬局・訪看ST）コード

医療機関名

代表者

所在地

※こども難病医療費の証明は、大阪市こども難病医療受給者証に記載されている疾病について、上記の有効期間の範囲内で入院、通院に分けて証明してください。