


特定医療費(指定難病)受給者証				
公費負担者 番 号				
受給者番号				
受 診 者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	性 別		
保 険 者				
被保険者証の 記号及び番号		適用 区分		
病 名				
有効期間				
月額自己負担 上 限 額		階層 区分		

指 定 医 療 機 関 名	名 称 所 在 地				
	<p>上記の指定医療機関のほか、「難病法」に基づく指定医療機関(病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション)で使用できます。</p> <p>注意事項 助成の対象は、指定医療機関で行われる左記病名欄の疾病、及び当該疾病に付随して発生する傷病に関する医療に限られます。</p>				
負 担	人工呼吸器等 装着	高 額 かつ 長 期			
	軽症者特例	同一世帯内 按 分			
保 護 者 (受 診 者 が 18 歳 未 満 の 場 合 記 入)	氏 名			続 柄	
	住 所				
備 考					
上記のとおり認定します。					
 大 阪 市 長 