

軽症かつ高額用申請書兼療養証明書

(軽症かつ高額照会用)

東京都知事 殿

年 月 日付で照会を受けた軽症かつ高額の認定基準については、下記のとおり回答します(下の□にチェックしてください)。

<input type="checkbox"/>	申請しません。	<input type="checkbox"/>	該当ありません。
<input type="checkbox"/>	下記のとおり申請いたします。		

年 月 日

住所 _____

氏名 _____ 印

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

難病医療費助成に係る医療費総額の療養証明書

疾病名		
算定根拠期間	年 月 1日から 年 月 末日までの間※1	
診療・ 調剤・ 年月 介護給付※2	診療・調剤等費の医療費総額 (円)	備考
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
合計		

※1 患者の方がお持ちの「軽症かつ高額の認定基準への照会について」の要件(算定根拠期間)を参照

※2 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スのみ

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

医療機関名	所在地	
	施設名	
	管理者名	_____ (印)
	担当者名(所属課)	
	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。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3か月以上ある方については、支給認定を行うこととしています。

難病医療費助成の対象となる医療・介護保険サービスにかかる費用のみ記載ください。