

(特定医療費支給認定(変更認定)申請書関係)

青森県知事 殿

医療費申告書

申請者氏名： _____ 印

指定難病名： _____

上記の指定難病に係る医療費については、下記のとおりです。

※以下は、(指定)医療機関がご記入ください。

年 月分

受診日	(指定)医療機関名	医療費総額(10割分)(円)	支払確認印
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			
合 計			

記載時の留意事項

- ① (指定)医療機関において(指定)医療機関名と医療費総額を記入し、支払確認印を押印してください。
- ② 記入する医療費は、指定難病に係るもののみとしてください。
(入院時の食事療養標準負担額や生活療養標準負担額は含みません。)
- ③ 「医療費総額」は、次のそれぞれの額を超えることが分かる範囲までご記入ください。
 - ・「軽症者特例」で申請する方…33,330円
 - ・「高額かつ長期」を理由として申請・変更申請する方…50,000円
- ④ 医療費申告書は1月ごとに1枚です。複数月を1枚の申告書に記入しないでください。

<注意事項>

こちらの書類は、次に該当する場合に必要な書類です。

①「軽症者特例」の申請をする方

指定難病にかかっているが、重症度分類基準に該当しない方で、高額な医療を継続することが必要な方（申請月以前の12月で指定難病に係る総医療費が33,330円を超える月が3月以上ある方）

※指定難病医療費助成制度では、各疾病の診断基準と重症度分類基準に該当する方が助成対象者となりますが、診断基準に該当する（指定難病にかかっている）方で、重症度分類基準には該当しないが、高額な医療を継続することが必要な方も特例により医療費助成の対象者となります。

②「高額かつ長期」の申請をする方

特定医療受給者証を持っている方で、高額な医療が長期的に継続する方（申請月以前の12月で指定難病に係る総医療費が50,000円を超える月が6月以上ある方）

※指定難病医療費助成制度では、階層区分が一般所得又は上位所得で高額な医療が長期的に継続する方に対して、自己負担上限月額の軽減措置があります。

【申請される方へ】

申請者氏名及び指定難病名を記入・押印し、指定難病に係る治療等を受けた（指定）医療機関からこの医療費申告書の総医療費等を記入・押印してもらってください。