様式第４号

指定難病に係る医療費

年　　月分　医療費管理票

※　この管理票は，難病の特定医療費の支給認定に当たり，患者さんの医療費が一定程度かかることを証明するためのものです。医療機関におかれては，指定難病に係る医療費について，ご記入をお願いします。

患者氏名：

指定難病名：

日　付	医療機関等の名称	医療費総額（10割分）（円）	徴収印
月　　日			
月　　日			
月　　日			
月　　日			
月　　日			
月　　日			
月　　日			
月　　日			
月　　日			
月　　日			
月　　日			
月　　日			