

別記様式第16号（第10条関係）

小児慢性特定疾病医療支援点数等証明書

受診者氏名		受給者番号	
受給者証の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		

病院又は診療所記載欄（小児慢性特定疾病の治療に係る点数等のみ記載してください。）

診療年月	日 数	総点数	入院時食事療養費標準負担額
年 月	入院 日	点	円
	通院 日	点	
年 月	入院 日	点	円
	通院 日	点	
年 月	入院 日	点	円
	通院 日	点	
備 考			

薬局又は指定訪問看護事業者記載欄（小児慢性特定疾病の治療に係る点数等のみ記載してください。）

診療年月	回数又は日数	総点数又は看護費用
年 月	回・日	点・円
年 月	回・日	点・円
年 月	回・日	点・円
備 考		

小児慢性特定疾病の治療に係る点数等を上記のとおり証明します。

年 月 日

所在地

名 称

代表者職氏名

④

医療機関コード

〔薬局にあつては薬局コード、訪問看護ステーションにあつては訪問看護ステーションコード〕