【大阪府の特定医療費（指定難病）受給者証の様式】

1. **階層区分が生活保護で医療保険に加入していない方（薄紫色）→公費負担者番号は54276027**
2. **①以外の方(生活保護で医療保険に加入している方や境界層該当者も含む)→公費負担者番号は54276019**



【大阪府の自己負担上限額管理票の様式】

（表紙）

　　

　（様式）

