（別記第３号様式の２－２）（第６条関係）

表　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　裏

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ひとり親家庭等医療費受給者証 |  | 　　　注　意　事　項１　この証で保険医療機関等において受診する際は、次の一部負担金を支払ってください。　　　**【北海道基準】　公費番号　93010858**　　　　診療費の1割に相当する額を支払ってください。ただし月の負担上限額は次のとおりです。　　　　　　入　院：57,600円（ただし、過去12か月以内に限度額を超える額を負担した月が3回以上あった場合は、4回目以降44,400円とする。）　通　院：18,000円　　　　　　**【市町村独自拡大基準】　公費番号　95010856**1. 親の外来に係る診療費の1割に相当する額を支払ってください。
2. 所得制限による北海道医療給付事業の非該当者において、親の入院及び子の入通院に係る診療費の1割に相当する額を支払ってください。

未就学児から高校生までの入院・外来ともに上記に該当する医療費自己負担分は乳幼児（高校生）医療費として「92010859」の公費番号で助成します。２　保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証（又は組合員証）に添えてこの証を必ず窓口に提出してください。３　受給者の資格がなくなったときは、速やかにこの証を添えて町長に返してください。４　氏名、居住地に変更があったときは、１４日以内にこの証を添えて町長にその旨を届け出てください。５　加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、１４日以内に町長にその旨を届け出てください。６　この証を破ったり、汚したり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。７　有効期限を経過したときは、この証を使用することはできませんから、速やかに町長に返してください。８　不正にこの証を使用した者は、刑法により処分を受けます。 |
| 公費負担者番号 |  | 受給者番号 |  |
|  |
|  |
| 受給者 | 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 有 効 期 間 |  　　　年　　　月　　　日から 　　　年　　　月　　　日まで |
| 発 行 機 関名 及 び 印 | 寿都郡黒松内町長　　　　　 |
| 交付年月日 |  　　　年　　　月　　　日 |