（別記第３号様式の３－２）（第６条関係）

表　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　裏

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 重度心身障がい者医療費受給者証 | | | | | | |  | 注　意　事　項  １　この証で保険医療機関等において受診する場合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　45010857**  　　　　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　47010855**  　　　　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、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、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 | | | |