（別記第３号様式の３－３）（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　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が発生しますが、この証を使って受診をした場合は町が全額負担します。　　　**【北海道基準】　公費番号　45010857**1. 医科受診の場合　580円　　　　　初診時に限る
2. 歯科受診の場合　510円　　　　（初診時一部負担金）
3. 柔道整復受診の場合　270円

　　　**【（北海道基準）上乗せ基準】　公費番号　46010856**　　　　初診時一部負担金を助成します。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 |