

第2号様式の2 (第3条関係)

(表)

障		心身障害者医療費受給資格証	現物
公費負担者番号			
受給者番号			
受給者	住所		
	氏名		
	生年月日		
一部負担金	通院	なし	
	入院		
	調剤		
有効期間		年 月 日 から	
		年 月 日 まで	
発行機関名 及び印			
交付年月日	年 月 日		
<p>(注) 奈良県外での受診、柔道整復・訪問看護以外の療養費は、現物給付方式の対象となりません。 医療保険制度における自己負担額を支払い、領収書を受け取って市町村窓口へ直接申請してくださ</p>			

(裏)

注 意 事 項
<ol style="list-style-type: none"> <li>1 この証は、健康保険証等を使って受診した際の医療に係る自己負担支払額について、助成を受けることができる証ですから大切に保持してください。</li> <li>2 保険医療機関等において診療を受ける場合は、健康保険証等に添えてこの証を必ず窓口へ提出してください。</li> <li>3 受給者資格がなくなったときは、速やかにこの証を市町村長に返してください。</li> <li>4 氏名又は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市町村長にその旨を届け出てください。</li> <li>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日以内に市町村長にその旨を届け出てください。</li> <li>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。</li> <li>7 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として処分の対象となります。</li> </ol>
<p>有効期間を経過したときは、この証を使用することはできませんので、速やかに市町村長に返してください。</p>