別記様式第２８号の２（第２０条関係）

|  |
| --- |
| 自立支援医療受給者証（育成医療・更生医療） |
| 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 自立支援医療費受給者証番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 受　　診　　者 | フリガナ | 　 | 性別 | 生年月日 |
| 氏　　　名 | 　 | 男・女 | 年　　月　　日　 |
| フリガナ | 　 |
| 住　　　所 | 　 |
| 被保険者の記号及び番号 | 　 | 保険者名 | 　 |
| 重度かつ継続 | 該当　・　非該当 |
| 保護者(受診者が１８歳未満の場合記入) | フリガナ | 　 | 続柄 |
| 氏　名 | 　 |  |
| フリガナ | 　 |
| 住　所 | 　 |
| 指定医療機関名 | 病院・診療所 | 　 | 所在地・電話番号 | 　 |
| 薬　　　　局 | 　 | 所在地・電話番号 | 　 |
| 訪問看護事業者 | 　 | 所在地・電話番号 | 　 |
| 自己負担上限額 | 月額　　　　　　　　　　　　円 |
| 有効期限 | 　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| 　上記のとおり認定する。　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　和寒町長　　　　　　　　　　㊞ |

|  |
| --- |
| 自立支援医療受給者証 (対象となる障害名及び医療の具体的方針) |
| 公費負担の対象となる障害 | 　 |
| 医療の具体的方針 | 　 |
| 特定疾病療養受療証 | 有　　・　　無 |

※人工透析を受ける方については、本受給者証と併せて特定疾病療養受療証を医療機関窓口に提出すること。

注　意　事　項

１　障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第58条第2項の規定により、指定自立支援医療を受ける場合には、この医療受給者証を表記の医療機関等に提出してください。

２　次のいずれかに該当する場合は、医療受給者証を保健福祉課に速やかに返納してください。

(1)　他の市町村に転出したとき。

(2)　医療受給者証の有効期限が終了したとき。

(3)　自立支援医療を受ける必要がなくなったとき。

３　次のいずれかに該当する場合は、医療受給者証を添付して保健福祉課で変更の届出又は変更申請手続きを行ってください。

　(1)　受給者の氏名、住所又は保険の種類を変更したとき。

　(2)　保護者の連絡先の氏名又は住所を変更したとき。

　(3)　指定自立支援医療機関の変更をするとき。

　(4)　月額負担上限額の変更の必要が生じたとき。

４　有効期限終了後は、この受給者証は無効ですので継続して自立支援医療を受ける必要があるときは、有効期間が満了する3ｹ月前から保健福祉課に申請書を提出してください。

５　再認定・変更・再交付（失った場合を除く）・追加申請に場合は、この医療受給者証を添付してください。