様式第24号

|  |
| --- |
| 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番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受診者 | フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏　　　名 |  |  年 月 日 |
| フリガナ |  |
| 住　　　所 |  |
| 加入医療保険の記号及び番号 |  | 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 |  |
|  |
| 訪問看護事業所 |  | 所在地・電話番号 |  |
|  |
| 自己負担上限額 | 月額 円 |
| 有効期間 | 　　 年 月 日 | から | 　　 年 月 日 | まで |
|  |
| 　　　　　　上記のとおり認定する。 |
| 　　 年 　 月 　 日 | 土佐清水市長 | 　 |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| 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 |
| ＜注意事項＞１　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給者証を医療機関窓口に提出して下さい。２　指定医療機関等で受診する場合は、資格確認書等に添えて窓口に提出して下さい。３　受給資格がなくなったとき又は有効期間を経過したときは、速やかにこの証を返還して下さい。４　この証の記載事項に変更があった場合は、速やかにこの証を添えて届け出て下さい。 |