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。 | |