様式第4号（第3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　道内の保険医療機関等において診療を受ける場合はこの証を提出してください。２　道外の保険医療機関等で受診した場合や、この証を提示しないで受診した場合などは、保険の自己負担分を窓口で支払い、保険医療機関等の領収書を添えて申請期限までに支給申請をしてください。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、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日以内にこの証を添えて町長にその旨を届け出てください。５　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。６　有効期限を経過したときは、速やかにこの証を町長に返していただくか、細かく裁断して破棄してください。７　不正にこの証を使用した者は、刑法による処分を受けます。また、助成金を返還していただきます。【保険医療機関の皆様へ　診療報酬明細書の請求について】1. 障初または老初の証をお持ちの方

初診時は医療保険と公費45・46の併用で請求し、初診時一部負担金（医科580円、歯科510円、柔整270円）を公費①の一部負担金欄に記載してください。再診時は医療保険と公費45の併用で請求してください。1. 障課または老課の証をお持ちの方

・３歳未満（３歳に達する日の月の末日まで）：初診時は医療保険と公費45・46の併用で請求し、初診時一部負担金を公費①の一部負担金欄に記載してください。再診時は医療保険と公費45の併用で請求してください。・３歳以上中学生以下：医療保険と公費45・46の併用で請求し、総医療費の１割の金額を公費①の一部負担金欄に記載してください。・高校生以上：医療保険と公費45・46の併用で請求し、総医療費の１割の金額を公費①の一部負担金欄に記載してください。また０．５割相当分の金額（１円未満切上げ）を公費②の一部負担金欄に記載してください。ただし、月の負担上限額は、入院28,800円（過去12ヶ月以内に上記金額を超える額を負担した月が3月以上ある場合は、22,200円）、通院9,000円です。 |
| 公費負担者番号 |  | 受給者番号 |  |
|  |
|  |
| 受給者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 有効期限 |  |
| 備考欄 |
| 発 行 機 関名 及 び 印 | 北海道網走郡美幌町美幌町長　　　　　　　　　 |
| 交付年月日 | 　 |