

別記第5号様式（その1）（第6条関係）

<div>障初</div>		重度心身障害者医療費受給者証	
公 負 担 番	費 者 号		受 給 者 番 号
受 給 者	住 所		
	氏 名		男・女
	生 年 月 日	年 月 日	
有 効 期 限		年 月 日から 年 月 日まで	
発 行 機 関 名 及 び 印		北海道紋別郡興部町 興 部 町 長	
交 付 年 月 日		年 月 日	

注 意 事 項

1. 北海道内の保険医療機関等で診療を受けるときは、必ず健康保険証と一緒にこの受給者証を窓口提出してください。
2. 北海道外で受診した場合は、いったん自己負担額を支払い、領収書を添えて、後日、役場窓口で助成の手続きをしてください。
3. この証で保険医療機関等において診療を受ける際は、次の初診時一部負担金を支払ってください。（ただし、保険適用外は除く。）
①医科 580円 ②歯科 510円 ③柔道整復 270円
④訪問看護の場合 診療費の1割に相当する額
（ただし、月の負担上限額は8,000円とする。）
4. 氏名、住所、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. 次の場合は、この証を使用することはできませんので、速やかに役場窓口へお返しいただくか、細かく裁断して破棄してください。
(1) 興部町外へ転出したとき。
(2) 受給者の資格がなくなったとき。
(3) 有効期限を経過したとき。
7. 不正にこの証を使用した場合は、刑法により処分を受けます。また、助成金を返還していただきます。