様式第5号の4

(表面)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第　　　号 | | | | | | | | | | | | | |
|  | 老人医療の限度額適用・標準負担額減額認定証 | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者番号 | | |  |  |  |  | |  |  | |  |  | |
| 受給者 | | 氏名 |  | | | | | | | | | | |
| 生年月日 |  | | | | | | | | | | |
| 居住地 |  | | | | | | | | | | |
| 有効期限 | | | 年　　　月　　　日から  年　　　月　　　日まで | | | | | | | | | | |
| 適用区分 | | |  | | | | | | | | | | |
| 長期入院該当年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | 市区町村長印 | | |  | | | |
| 上記受給者は、上記の区分のとおり老人医療の限度額の適用及び標準負担額の減額を行っているものであることを証明する。  　　　　　　年　　月　　日  小野町長　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | |

(裏面)

|  |
| --- |
| 注意事項  　一　この証によって入院に係る医療又は厚生労働大臣が定める寝たきり老人在宅総合診療若しくは在宅末期医療総合診療を受ける場合は、次のとおり高額医療費限度額の適用及び食事療養に係る標準負担額の減額が行われます。  　　(一)　入院の際又は寝たきり老人在宅総合診療若しくは在宅末期医療総合診療を受ける際に支払う一部負担金の額は、保険医療機関又は特定承認保険医療機関ごとに一か月につき、別に定められた額を限度とすることになりますが、その限度額が減額されます。  　　(二)　入院の際に食事療養を受ける場合に支払う標準負担額は、別に厚生労働大臣が定める減額された額となります。  　二　保険医療機関若しくは特定承認保険医療機関に入院するとき又は寝たきり老人在宅総合診療若しくは在宅末期医療総合診療を受けるときには、健康手帳とともに必ずこの証を提示してください。  　三　老人医療受給対象者でなくなったときは、直ちに、この証を小野町に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。  　四　不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。  　五　表面の記載事項に変更があった場合には、十四日以内にこの証を小野町に提出して訂正を受けてください。 |