様式第７号の１（第６条関係）

(十四)

(十五)

注意事項欄

|  |
| --- |
| 療養介護医療受給者証 |
| 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 公費受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支 給 決 定 障 害 者 | 居住地 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 被保険者証の 記号及び番号 |  | 保険者名 及び番号 |  |
| 負担上限月額 | 療養介護医療（食事療養（生活療養）を除く） | 月額 |
| 食事療養（生活療養） | 月額  |
| 適用期間 |  年 月 日から　　　年 月 日まで |
| 交付年月日 |  |
| 支給市町村名 及び印 | 〒963-3492 福島県田村郡小野町大字 小野新町字舘廻９２小野町長（075226） 電話 0247-72-6934 |

１.この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。

２.療養介護を受けようとするときは、必ずこの証に障害福祉

サービス受給者証及び医療保険の被保険者証を添えて指定

療養介護事業所に提示してください。

 ３.療養介護医療の負担上限月額はこの証の負担上限月額欄に

記載された金額が一月当たりの上限になります。（※医療

型個別減免等の認定を受けた場合には減免後の額が表示さ

れています。）

４.療養介護医療の負担上限月額は毎年利用者の収入等に応じ

決定しますので、所定の時期に、この証と認定に必要な関

係書類を市町村に提出してください。

５.療養介護に係る介護給付費の支給決定期間を経過したとき

は、療養介護医療費の支給を受けられませんので、支給決

定期間を経過する前に市町村にこの証を添えて、療養介護

に係る介護給付費の支給の再申請をしてください。

６.この証の記載事項に変更があったときは、１４日以内に、

この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。

 　７.支給決定期間内に居住地を移そうとする場合は、事前にこ

の証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。

また、支給決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を

移したときは、１４日以内に、この証を添えて、この証を

交付した市町村に届け出てください。

８.この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは速やか

に届け出て、再交付を受けてください。

　また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したと

きは、速やかに、市町村に返してください。

９.受給者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を市町

村に返してください。

10.不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰される

ことがあります。