様式第６号（第６条関係）

|  |
| --- |
| 肢体不自由児通所医療受給者証 |
| 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 公費受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通 所 給 付 決 定 保 護 者 | フリガナ |  |
| 居住地 |  |
| フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏　名 |  |  |
| 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 | 肢体不自由児通所医 療(食事療養を除く) | 月額  |
| 適用期間 |  |
| 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 |

注意事項欄

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 医療型児童発達支援を受けようとするときは、必ずこの

証に障害児通所受給者証及び医療保険の被保険者証を添

えて、指定医療型児童発達支援事業所に提示してくださ

い。

３ 肢体不自由児通所医療の負担上限月額はこの証の負担上

肢体不自由児通所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。

４ 肢体不自由児通所医療の負担上限月額は毎年通所給付決

定保護者の収入等に応じて決定しますので、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 医療型児童発達支援に係る障害児通所給付費の給付決定

期間を経過したときは、肢体不自由児通所医療費の支給

を受けられませんので、給付決定期間を経過する前に市

町村にこの証を添えて、医療型児童発達支援に係る障害

児通所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 給付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、給付決定期間内に、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。