様式第２号

(表)

|  |
| --- |
| 自立支援医療受給者証(育成医療・更生医療) |
| 公費負担者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 自立支援医療費受給者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 受診者 | フリガナ | 　 | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 | 　 | 男・女 | 年　月　日　　 |
| フリガナ | 　 |
| 住所 | 　 |
| 被保険者証の記号及び番号 | 　 | 保険者名 | 　 |
| 高額治療継続者 | 該当　・　非該当 |
| 保護者 | フリガナ | 　 | 続柄 |
| 氏名 | 　 | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 住所 | 　 |
| 指定自立支援医療機関名 | 病院・診療所 | 　 | 所在地・電話番号 | 　 |
| 薬局 | 　 | 所在地・電話番号 | 　 |
| 訪問看護事業者 | 　 | 所在地・電話番号 | 　 |
| 自己負担上限額 | 　月額　　　　　　　　　　　　円 |
| 有効期間 | 年　　月　　日　から　　　　年　　月　　日　まで |
| 　上記のとおり認定する。　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　八頭町長　　　　　　　印 |

(裏)

|  |
| --- |
| 自立支援医療受給者証(対象となる障害名及び医療の具体的方針) |
| 公費負担の対象となる障害 | 　 | 高額治療継続者 | 該当　・　非該当 |
| 医療の具体的方針 | 　 |