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 |  | | |