|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療受給者証（育成医療） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | | | |  | |
| 住　　所 |  | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 加入医療保険の  記号及び番号 |  | | | | | | 保険者番号 | | |  | | | | | |
| 保険者名 | | |  | | | | | |
| 特定疾病療養  受療の認定 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 保護者（受診者が１８歳未満の場合記入） | | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | 続柄 |
| 氏 名 | | |  | | | | | | | | | | |  |
| 住 所 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 指　定　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 | | |  | | | | | |
| 重度かつ継続 | |  | | | | | | 自己負担上限額 | | | | |  | | | |
| 有　効　期　間 | | から　　　　　　　　　　　　　まで | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり認定する。  　　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|

**固定文言１**

※　人工透析を受ける方については、本受給者証と併せて特定疾病療養受療証、特定疾病区分が記載された資格確認書等を医療機関窓口に提出すること。

○○市町村長 印