様式第16号(第9条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療受給者証(育成医療・更生医療・精神通院) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 公費負担番号 | |  |  |  | |  |  | |  | |  | | |  | |  | |
| 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 |  | | | | | | | | | |  | | | | 年　　月　　日 | |
| 住所 | 糟屋郡粕屋町 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証の記号及び番号 |  | | | | | | 保険者名 | | | | |  | | | | |
| 重度かつ継続 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保護者(受信者が18歳未満の場合記入) | | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | 続　柄 |
| 氏名 | | |  | | | | | | | | | | | |  |
| 住所 | | | 糟屋郡粕屋町 | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | |  | | |
| 自己負担上限額 | | 月額　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期間 | | 年　　月　　日　　　から　　　年　　月　　日　　まで | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療の具体的方針 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特定疾病療養受療証 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり認定する。  年　　月　　日  粕屋町長 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※　育成医療及び更生医療の受診者のみ記入のこと。

※　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を医療機関窓口に提出すること。