

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 者 番 号									
自立支援医療費受給者番号									
受 診 者	氏 名						性 別	生 年 月 日	
							男 ・ 女		
	住 所								
	被 保 険 者 証 の 記 号 及 び 番 号				保 険 者 名				
	保護者(受診者が18 歳未満の場合記入)	氏 名						続 柄	
住 所									
指 定 医 療 機 関 名					所 在 地				
					所 在 地				
					所 在 地				
					所 在 地				
					所 在 地				
公 費 負 担 の 対 象 と な る 障 害 ※1							重 度 か つ 継 続 ※2	該 当 ・ 非 該 当	
医 療 の 具 体 的 方 針 ※3									
特 定 疾 病 療 養 受 療 証 ※4		有 ・ 無							
自 己 負 担 上 限 額		月 額 円							
有 効 期 間		から まで							
上記のとおり決定します。									

※1～※3：育成医療及び更生医療の受診者のみ記入のこと。
※4：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。