別記第2号様式（第3条関係）

（表）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 産山村重度心身障害者医療費  受給資格者証 | | | | | |
| 受給資格者番号 | | | |  | |
| 受給資格者 | 氏名 | | |  | |
| 生年月日 | | | 年　　月　　日 | |
| 住所 | | |  | |
| 有効期間 | 年　　月　　日  ～　　　　年　　月　　日 | | | | 確認印 |
| 年　　月　　日  ～　　　　年　　月　　日 | | | | 確認印 |
| 年　　月　　日  ～　　　　年　　月　　日 | | | | 確認印 |
| 交付機関  及び印 | | 村長  氏名　　　印 | | | |
| 交付年月日 | | | 年　　月　　日 | | |

（裏）

|  |
| --- |
| 注意事項  1　これは、重度心身障害者医療費の助成を受けられることを証明するものですから、大切に保管してください。  2　村に助成金の支給申請書を提出するとき又は助成金の支払を受けるときは、必ずこれを提示してください。  3　次に書いてあることが生じたときは、必ず届け出てください。  ⑴　表面の記載事項に変更が生じたとき｡  ⑵　受給資格者が生活保護法による保護を受けるなど他の法令等による公費負担の医療を受けるようになったとき。  ⑶　受給資格者が当村から転出又は死亡したとき。 |