別記第3号様式（第3条関係）

(表面)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | 受給資格者番号 | | | | | |  | |
| 産山村重度心身障害者医療費受給資格者台帳 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給資格者 | 氏名 | |  | | | | 男･女 | | 生年月日 | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 住所 | |  | | | | | | | | | | | | | 電話 |  | | | |
| 障害の区分 | 身体障害者手帳 | | | | | | | | 1級・2級　手帳番号　　　　　号  障害名(　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | |
| 療育手帳 | | | | | | | | Ａ1・Ａ2　手帳番号　　　　　号  次回判定年度　　　　年度 | | | | | | | | | | |
| 精神障害者保健福祉手帳 | | | | | | | | 1級　　　　手帳番号　　　　　号  有効期限　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 福祉手当受給相当者 | | | | | | | | 障害の種類(　　　　　　　　　)  有期　　　　　年　　月まで・無期 | | | | | | | | | | |
| 保険の状況 | 種類 | | | 国・政・組・共・その他(　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 記号 | | |  | | | | | 番号 | | | | | |  | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | |  | | | | | | | 対象障害者との続柄 | | | | | | | |  |
| 保険者名 | | | |  | | | 附加給付　有(　　　　　　　円)･無 | | | | | | | | | | | | |
| 所得制限 | | | | 年 | | 年 | | | | | | | | 年 | | | | 年 | | |
| 該当・非該当 | | 該当・非該当 | | | | | | | | 該当・非該当 | | | | 該当・非該当 | | |
| 受給資格者証 | 年 　　月 　　日　更新 | | | | | | | | | | 有期(　　　　　年)・無期 | | | | | | | | | |
| 年 　　月 　　日　更新 | | | | | | | | | | 有期(　　　　　年)・無期 | | | | | | | | | |
| 年 　　月 　　日　更新 | | | | | | | | | | 有期(　　　　　年)・無期 | | | | | | | | | |
| 年 　　月 　　日　更新 | | | | | | | | | | 有期(　　　　　年)・無期 | | | | | | | | | |

(裏面)

医療費助成記録

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | 受給資格者番号 | | |  | |
| 氏名 | |  | | 男･女 | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | |
| 診療  年月 | 医療機関名 | | 入院  通院  の別 | 医療費総額 | | 一部負担金  の額 | | 助成額 | | 支払  月日 |
|  |  | | 入･通 |  | |  | |  | |  |
|  |  | | 入･通 |  | |  | |  | |  |
|  |  | | 入･通 |  | |  | |  | |  |
|  |  | | 入･通 |  | |  | |  | |  |
|  |  | | 入･通 |  | |  | |  | |  |
|  |  | | 入･通 |  | |  | |  | |  |
|  |  | | 入･通 |  | |  | |  | |  |
|  |  | | 入･通 |  | |  | |  | |  |
|  |  | | 入･通 |  | |  | |  | |  |
|  |  | | 入･通 |  | |  | |  | |  |
|  |  | | 入･通 |  | |  | |  | |  |
|  |  | | 入･通 |  | |  | |  | |  |
|  |  | | 入･通 |  | |  | |  | |  |
|  |  | | 入･通 |  | |  | |  | |  |
|  |  | | 入･通 |  | |  | |  | |  |
|  |  | | 入･通 |  | |  | |  | |  |
|  |  | | 入･通 |  | |  | |  | |  |