|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 自立支援医療受給者証（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 | 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 | | |  | | | | | |
| 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。  ○○○○都道府県知事・市町村長 印  　　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|
|

|  |  |
| --- | --- |
| 支給要件の確認方法 |  |
| 特記事項 | **固定文言１＋編集１** |

**自由記載１**