第　　　 号

年 月 日

窓空宛名

自立支援医療（精神通院医療）受給者証の交付について

　　　　（申請者） 様

○○○○都道府県知事・市町村長　印

**固定文言１**

先に申請のありました自立支援医療費（精神通院医療）について、受給者証を送付します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者 | 氏　名 |  | 生年月日 |  |
| 住　所 |  | | |
| 受 給 者 番 号 | |  | | |
| 受給者証有効期間 | | から　　　　　　　　　　　　　まで | | |
| **固定文言２**  （注意事項）  医療機関に受診する際は、必ず「自立支援医療受給者証」を窓口で提示してください。また、受給者証とあわせて「自己負担上限管理票」の交付を受けた人はこれも同時に提出してください。 | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市福祉部障害福祉課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |