様式第2号の1(第3条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (表面) | 　 | (裏面) |
| 重度心身障害者医療費　　障受給者証 | 　 | 注意事項1　この証は、あなたが医療費の助成を受けることができる証ですから、大切に保管してください。2　診察を受けるときは、医療保険証とともに医療機関等の窓口に提示してください。3　「一部負担金の割合」が1割と記載されている場合は、医療機関等の窓口で一部負担金(1割)を支払ってください。なお、月の支払額合計が高齢者の医療の確保に関する法律に規定する一部負担金相当額(一般区分)を超えている場合は、申請により還付されます。4　次の場合は、必ず届け出てください。　(1)　住所を変更したとき。　(2)　氏名を変更したとき。　(3)　障害者手帳の等級に変更があったとき。　(4)　医療保険の加入内容及び保険者情報に変更があったとき。　(5)　世帯状況及び課税状況に変更があったとき。　(6)　その他5　この証を破損したり、なくしたりしたときは再発行を受けてください。6　受給資格がなくなったときは、速やかに返還してください。7　有効期限が切れる前に、更新手続きをしてください。ただし、同意書(様式第11号)の提出があり、必要事項が確認できる場合は必要ありません。 |
| 公費負担番号 | 8 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 6 | 6 |
| 受給者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 受給者 | 住所 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 生年月日 | 　 |
| 一部負担金の割合 | 　 |
| 有効期間 | 　　　　　　年　　月　　日から　　　　　　年　9月30日まで |
| 発行機関名及び印 | 藤崎町 |
| 交付年月日 | 　　　　　　年　　月　　日 |