様式第2号の2(第3条関係)

重度心身障害者医療費受給者決定通知書

（償還払用）

　あなたは、　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで、重度心身障害者医療費助成の対象となりましたので通知します。

　　　　　　　年　　月　　日

藤崎町長　　　　　　　　　　㊞

|  |  |
| --- | --- |
| 受給者番号 |  |
| 受給者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 被保険者（世帯主）氏名 |  | 受給者との続柄 |  |
| 一部負担金の割合 |  |

（　注　意　事　項　）

１　この決定通知書は、あなたが医療費の助成を受けることができる証明書ですから、大切に保管してください。

２　あなたに対する医療費の助成は償還払いですので、一旦病院等の窓口で一部負担金を支払い、後日、医療費支給申請書を提出して還付を受けてください。

なお、「一部負担金の割合」が１割と記載されている場合は、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を控除した額が助成されます。

３　次の場合は必ず届出してください。

（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

４　この通知書を破損したり、なくしたりしたときは再交付を受けてください。

５　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。

６　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。