

自立支援医療受給者証（育成医療・更生医療・精神通院）									
公費負担者番号									
自立支援医療費受給者番号									
受給者	フリガナ							生 年 月 日	
	氏 名							明 治 正 和 平 成 年 月 日	
	住 所	〒 ー							
	被保険者証の記号及び番号				保険者名				
	重度かつ継続	該 当 ・ 非 該 当							
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	〒 ー						※指定された医療機関であることを確認してください。 (広島県の精神通院の場合、指定薬局一覧にある薬局であれば、どこでも利用することができます。)	
指定医療機関名	病院・診療所	A病院						所在地 電話番号	
	病院・診療所							所在地 電話番号	
	薬 局							所在地 電話番号	
	デ イ ケ ア							所 在 地 電 話 番 号	
	訪 問 看 護 事 業 者							所 在 地 電 話 番 号	
※ 薬局は、各都道府県・指定都市が指定する指定薬局であること。（精神通院のみ）									
自己負担上限額		月額 5,000 円							
有効期間		年 月 日 から 年 月 日 まで							
上記のとおり認定する。 年 月 日 広島県知事(精神通院) or 〇〇市町長(育成・更生)									

自立支援医療受給者証（対象となる障害名及び医療の具体的方針）	
公費負担の対象となる障害 ※育成・更生のみ	
医療の具体的方針 ※育成・更生のみ	※受給者証に記載された内容を確認し、原則として受給者証に記載された範囲内で自立支援医療を提供してください。 自立支援医療に関連する医療費のみが公費負担の対象となりますので、自立支援医療費を請求される際には、自立支援医療と関係のない内容のものが含まれないよう注意してください。
	※特定疾病療養受療証の有無を必ず確認してください。 「有」の場合は、自立支援医療費の支給対象とならない部分まで誤って請求しないよう注意してください。 (詳細については、裏面の様式例(自己負担上限管理票)をご覧ください。)
特定疾病療養受療証	有 ・ 無

※ 人工透析を受ける方については、本受給者証と併せて特定疾病療養受療証を医療機関窓口提出すること。

支給要件の確認方法 ※精神通院のみ	医療用（1年目）・医療用（2年目）・手帳用（1年目）・手帳用（2年目）・手帳で新規
----------------------	---

※有効期間内であるかの確認を必ず行ってください。