

障 重度心身障害者等医療費 限度額適用認定証					
受給者番号					
受給者	住所				
	氏名				
	生年月日	年	月	日	
有効期間		年	月	日	から
		年	月	日	まで
適用区分					
上記受給者は、上記区分のとおり、限度額の適用を行っているものであることを証明する。 年 月 日 富山県中新川郡舟橋村長					

注：適用区分欄の区分には、「区分Ⅱ」又は「区分Ⅰ」と記載。

注意事項

- 一 この証によって保険診療を受ける場合、支払う一部負担金の額は、保険医療機関ごとに一カ月につき、別に定められた額が限度になります。
- 二 保険医療機関で保険診療を受けるときには、被保険者証とともに必ずこの証を提示してください。
- 三 重度心身障害者等医療費助成事業受給対象者でなくなったときは、直ちに、この証を市町村に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 四 表面の記載事項に変更があった場合には、十四日以内にこの証を市町村に提出して訂正を受けてください。