

障		重度心身障害者等医療費 受給資格証					
公費負担者番号							
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		
年 月 日 富山県中新川郡舟橋村長							

注 意 事 項

1. この証は、重度心身障害者等医療費の助成を受けることのできる証ですから大切に保管してください。
2. この証は、保険診療のみに適用されます。
3. この証は、診療を受けるとき、保険証といっしょに病院等の窓口に出してください。
4. 氏名、住所及び加入している医療保険又はその内容に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて市町村長にその旨を届け出てください。
5. 受給者の資格がなくなったときは、すみやかにこの証を市町村長に返してください。
6. 県外の病院等の場合、窓口で医療費を請求されます。この場合は、お金を支払い、領収書をお願いしてください。その後、市町村へ領収書を提出し、還付の手続きをとってください。