

様式第4号（第4条関係）

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	男・女					
	生年月日	年		月		日	
有効期間		年		月		日から 年 月 日まで	
医療機関等の 窓口での 負担割合		割					
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られ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. この証で医療を受けたときは、表面の負担割合に応じた負担金を支払ってください。
4. 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。
5. 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。
6. 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。
7. 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。