

自立支援医療受給者証（ 育成医療 ・ 更生医療 ）				
公費負担者番号				
自立支援医療費受給者番号				
受 診 者	フリガナ			性別
	氏 名			生年月日
	フリガナ			
	住 所			
	被保険者証の記号及び番号		保険者名	
	重度かつ継続			
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）	フリガナ			続柄
	氏 名			
	フリガナ			
	住 所			
指 定 医 療 機 関 名	病院・診療所		所在地・電話番号	
	薬 局		所在地・電話番号	
	訪問看護事業者		所在地・電話番号	
自己負担上限額		月額 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 舟橋村長 印				

(裏面)

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	
医療の具体的方針	
特定疾病療養受療証	

※ 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に提出すること。