

野田市医療的ケアを必要とする在宅重度身体障がい者一時入院支援事業利用者証

対象者	住所				
	氏名			性別	男 女
	生年月日		年 月 日		
	利用者番号				
有効期間		年 月 日 から 年 月 日 まで			
負担基準額					
参考情報	加入保険	保険者名			
		保健者番号			
		記号番号			
参考情報	他受給券	受給券の種類			
		受給者番号			
		自己負担額			
野田市長					

(裏)

注 意 事 項

- 1 入院をする場合は、この利用者証、被保険者証及び重度心身障がい者医療費助成受給券又は子ども医療費助成受給券（受給している場合のみ）を医療機関に必ず提示してください。
- 2 医療機関で本券を提示しなかった場合、県外の医療機関やこの制度による診療を行っていない医療機関で受診した場合は、保険の自己負担分を一旦支払い、その後市窓口で償還の手続きをしてください。後日、市より助成額をお支払いいたします。
- 3 県外の国保組合に加入している方で、1箇月に自己負担額が 円
を超える場合は、超えた額については医療機関の窓口で支払って
ください。窓口で支払った分については、後日、保険者に償還の申請を行っ
てください。
- 4 更正医療、育成医療等の他の医療給付の公費負担医療制度が適用される場
合は、それらの公費医療が優先適用されます。
- 5 第三者の行為による傷病に係る医療で、かつ、その医療に要する費用の全
部又は一部につき第三者から賠償等が行われる場合は、助成対象外となりま
す。
- 6 学校管理下での負傷又は疾病など、独立行政法人日本スポーツ振興センタ
ーの災害救済給付の対象となる場合は、この受給券を使用することができま
せん。
- 7 次のような変更があった場合は、速やかに市に届け出てください。
 - (1) 加入している健康保険を変更したとき。（受給券と新しい保険証を添付
すること。）
 - (2) 住所を変更したとき。（受給券と住民票の写しを添付すること。）
 - (3) 氏名を変更したとき。（受給券と戸籍抄本を添付すること。）
 - (4) その他資格事項に変更が生じたとき。（受給券と変更事項を証明する書
類を添付すること。）
- 8 本市外へ転出する場合は、利用者証を返却してください。
- 9 生活保護を受けるようになった場合は、利用者証を返却してください。
- 9 利用資格がない方が本制度を利用した場合又は市による過払いが生じた場
合には、後日、市より返還請求をさせていただきます。
- 10 問合せ先

野田市医療的ケアを必要とする在宅重度身体障がい者一時入院支援事業

利用上限管理表

(年度)

利用月	利用日	医療機関名	利用者 負担額	確認印
4月	日		円	
5月	日		円	
6月	日		円	
7月	日		円	
8月	日		円	
9月	日		円	
10月	日		円	
11月	日		円	
12月	日		円	
1月	日		円	
2月	日		円	
3月	日		円	