

(表面)

自立支援医療(育成医療・更生医療)受給者証				
公費負担者番号				
自立支援医療費受給者番号				
受診者	ふりがな			生年月日
	氏名			年月日
	ふりがな			
	住所			
	被保険者証の記号及び番号		保険者名	
重度かつ継続	該当 非該当			
保護者(受診者が18歳未満の場合記入してください。)	ふりがな			続柄
	氏名			
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 野田市長 (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	(補装具 有 無) (肢体不自由の場合 理学療法 有 無)
特定疾病療養受療証	有 無
※ 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 に提出してください。	