

肢体不自由児通所医療受給者証										
公費負担者番号										
公費受給者番号										
通所給付決定保護者	ふりがな									
	居住地									
	ふりがな					生年月日				
	氏名					年 月 日				
	被保険者証の記号及び番号					保険者名及び番号				
負担上限月額	肢体不自由児通所医療 (食事療養を除く)			月額						円
適用期間	年 月 日から		年 月 日まで							
交付年月日	年 月 日									
支給市町村名及び印	千葉県野田市									

注意事項欄
<p>1 この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。</p> <p>2 医療型児童発達支援を受けようとするときは、必ずこの証に障害児通所受給者証及び医療保険の被保険者証を添えて、指定医療型児童発達支援事業所に提示してください。</p> <p>3 肢体不自由児通所医療の負担上限月額は、この証の負担上限月額欄に記載された金額が一月当たりの上限になります。</p> <p>4 肢体不自由児通所医療の負担上限月額は、毎年通所給付決定保護者の収入等に応じて決定しますので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係書類を野田市に提出してください。</p> <p>5 医療型児童発達支援に係る障害児通所給付費の支給決定期間を経過したときは、肢体不自由児通所医療費の支給を受けられませんので、支給決定期間を経過する前に野田市にこの証を添えて、医療型児童発達支援に係る障害児通所給付費の支給の再申請をしてください。</p> <p>6 この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、野田市にその旨を届け出てください。</p> <p>7 給付決定期間内に居住地を移そうとする場合は、事前に、野田市にご連絡、ご相談ください。 また、給付決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、野田市に届け出てください。</p> <p>8 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。 また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに、野田市に返してください。</p> <p>9 受給者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を野田市に返してください。</p> <p>10 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。</p>