

自立支援医療受給者証（ 精神通院医療 ）				
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	生年月日		
	氏 名	(年号) 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	該当 ・ 非該当		
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	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
備 考				
上記のとおり認定する。				
令和 年 月 日		福島県知事 印		