

様式第5-1号

様式第5号1

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

用紙の大きさは日本工業規格B列8番とする

様式第5-1号

様式第5号1

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	性別	生年月日
	氏名	男・女	(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

用紙の大きさは日本工業規格B列8番とする

様式第5-2号～第8号（略）

様式第5-2号～第8号（略）