

(表 面)

<b>重度障害者(児)医療費助成金受給者証</b> (障) (一般・老人・65才以上新規)			
公費負担者番号			
受給者番号			
障 害 者	住 所		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	男・女
有効期間		年 月 日から	
		年 月 日まで	
摘 要		給付制限 あり・なし	
発行機関名		静岡県	
及び印		○市町村長	印
交付年月日		年 月 日	

(裏 面)

注 意 事 項	
1 この証は、あなたが医療費の助成を受けることができる証ですから、大切に保管してください。	
2 <u>医療機関等で診察を受ける時は、この証を必ず被保険者証と一緒に医療機関等の窓口に掲示してください。</u>	
3 医療費の自己負担分は、医療機関等の窓口でいったんお支払いください。	
4 この証は、県外の医療機関では使用できません。県外の医療機関で受診した時は、本市(町村)が規定する書類により、本市(町村)へ助成金の交付申請をしてください。	
5 次の場合は必ず本市(町村)へ届け出てください。 (1) 住所や氏名を変更したとき (2) 加入保険に変更があったときや加入保険の附加給付の内容に変更があったとき (3) 老人保健法医療受給者証の交付を受けたとき (4) 助成金の振込先の口座に変更があったとき	
6 県内の他の市町村へ転出した場合は、転出先の市町村で新たに受給者証の交付を受けてください。	
7 この証を破損したり、紛失したときは、再交付を受けてください。	
8 受給資格がなくなったときは、速やかに返還してください。	
9 有効期限を過ぎたときは、速やかに返還して更新交付を受けてください。	

- 1 規 格 縦128mm、横91mm
- 2 印刷色 黒色
- 3 地 色 濃クリーム色(紀州紙色見本コード15番)
- 4 紙 質 「紀州紙」110キ口