

自立支援医療受給者証（精神通院）				支給要件の確認方法		
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					
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産業規格B列8番とする