

樣式第8号

(四)

注意事項

- 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。
- 2 障がい児医療を受けようとするときは、必ずこの証に医療保険の被保険者証を添えて、指定障がい児施設等に提示してください。
- 3 障がい児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ヶ月当たりの上限になります。
（※医療費型個別減免等の認定を受けた場合には減免後の額が表示されています。）
- 4 障がい児医療の負担上限月額は毎年施設給付決定保護者等の収入等に応じて決定しますので、所定の時期に、この証と必要な関係書類をお住まいの区の保健福祉センターに提出してください。
- 5 給付決定期間を経過したときは、障がい児医療費の支給を受けられませんので、給付決定期間を経過する前にお住まいの区の保健福祉センターの窓口にこの証を添えて、障がい児給付費の支給の再申請をしてください。
- 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、お住まいの区の保健福祉センターの窓口にその旨を届け出してください。
- 7 給付決定期間内に他の市町村の区域に移すと、この証は使えなくなります。居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した区の保健福祉センターにご連絡、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、この証を交付した区の保健福祉センター（旧居住地）に届け出してください。
- 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、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、区の保健福祉センターに返してください。
- 9 受給者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を区の保健福祉センターに返してください。
- 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。

(→)

公費負担者番号			公費受給者番号	
給付決定保護者	居住地			
	フリガナ			
	氏名			
生年月日				
児童	フリガナ			
	氏名			
	生年月日			
負担上限月額	障がい児医療			
	食事療養			
適用期間			から	まで
交付年月日				
支給都道府県 又は市の名称 及び印				
	電話	FAX		

二

(予備欄)

負担上限月額は、児童福祉法施行令に規定する負担軽減の期間が延長されない場合等には変更することがあります。

(二)