

自立支援医療受給者証（育成医療）																
公費負担者番号									公費受給者番号							
受 診 者	フリガナ															
	氏 名															
	生 年 月 日															
	住 所															
	保 険 者 名															
	加入医療保険の記号								番 号							
保 護 者	フリガナ															
	氏 名															
	住 所															
	続 柄															
指 定 医 療 機 関 名	病院・診療所															
自己負担上限額 （月額）																
重度かつ継続				有効期間												
公費負担の対象 となる障がい												特 定 疾 病 療 養 受 療 証				
医療の具体的方針																
備 考																
上記のとおり認定する。 令和 年 月 日 大阪市長																

健康保険等に加入している方は、その資格確認を行いますので、本受給者証と併せて医療保険の資格情報が確認できる資料を医療機関窓口にならず提示してください。人工透析を受ける方は、本受給者証と併せて特定疾病療養受療の認定者であることが確認できる資料を医療機関窓口提示してください。