

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											
	被保険者記号						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当該保険証を医療機関窓口には必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証を医療機関窓口には提示してください。