別紙様式第３号

（表）

|  |
| --- |
| 自　立　支　援　医　療　受　給　者　証（精神通院） |
| 公費負担者番号 |  | 受給者番号 |  |
| 受診者 | フリガナ氏　　名 |  | （生年月日） |
| 住　　所 |  |
| 加入医療保険の記号及び番号 |  | 重度かつ継続 |  |
| 保険者名 |  |
| 保護者 | フリガナ氏　　名 |  | （続柄） |
| 住　　所 |  |
| 指定医療機関名 | 病　院診療所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　☎ |
| 薬局 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　☎ |
| その他の機関 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　☎ |
| 自己負担上限額 | 月額　　　　　　　　円 | 備考 |  |
| 有　効　期　間 | ～ |
| 　　上記のとおり認定する。　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　佐賀県知事 |

記載されている医療機関での治療に使用できます。

* その他の機関とは、訪問看護・検査・デイケア等の利用期間です。

（裏）

**【注意事項】**

１　指定医療機関で認定を受けた医療を受けた医療を受信する場合、保険証とともに必ず**この証を窓口に提示**してください。

２　この証により医療を受ける場合、指定医療機関の窓口で医療費の1割を支払ってください。

３　自己負担上限額が認定されている方は、指定医療機関の窓口で支払った額を「自己負担上限額管理表」に記載し、指定医療機関から徴収印をもらってください。その月の支払額が自己負担上限額に達したら、指定医療機関に確認印をもらってください。

４　確認印のある「自己負担上限額管理表」をこの証とともに指定医療機関に提示すれば、その月の最終日までは窓口での支払いの必要はありません。

５　次の場合は、速やかにこの証を添えて居住地の市町担当窓口に届け出てください。

　　**変更届出**

　氏名、住所、医療機関に変更が生じた場合

　　**変更申請**

月額負担上限額または指定医療機関等（受診前に手続が必要）を変更したい場合

６　この証の有効期間満了後も引き続き自立支援医療を受けようとするときは、**期間満了前3ヶ月以内**に、居住地の市町担当窓口で継続申請の手続きを行ってください。

７　有効期間終了後、県外転出、死亡等で自立支援医療を受けることがなくなったときは、速やかにこの証を居住地の市町に返還してください。

* その他、問い合わせがありましたら下記に連絡してください。

佐賀中部保健福祉事務所　　　　　℡　０９５２－３０－１６９１

鳥栖保健福祉事務所　　　　　　　℡　０９４２－８３－３５７９

唐津保健福祉事務所　　　　　　　℡　０９５５－７３－４１８７

伊万里保健福祉事務所　　　　　　℡　０９５５－２３－５１８６

杵藤保健福祉事務所　　　　　　　℡　０９５４－２２－２１０５

佐賀県精神保健福祉センター　　　℡　０９５２－７３－５０６０