

自立支援医療受給者証										精神通院医療		
公費負担者番号		2	1	2	8	6	0	2	6			
自立支援医療費受給者番号												
受診者	フリガナ											
	氏名											
	生年月日				年		月		日			
	住所											
	保険種別等		この部分は記載されません									
保護者	被保険者証の記号及び番号		この部分は記載されません									
	フリガナ								続		柄	
	氏名											
住所												
自己負担上限額		区分	1医療機関1日につき、〇〇円（月2日/〇〇円を限度）									
有効期間（支給期間）		令和〇年〇月〇日 から 令和〇年〇月〇日 まで										
交付年月日		令和〇年〇月〇日										
支給市町村		神戸市										
受給者証交付者の名称及び印		神戸市長 久元 喜造						神戸市長之印				

有効期限が切れる3か月前から再認定申請ができます		
支給要件の確認方法		
指定医療機関名等	区分	所在地等
	病院・診療所	
	訪問看護	

**【支給要件の確認方法】**  
 本受給者証を認定した際の支給要件の確認方法が記載されています  
 次回再認定（更新）時の診断書提出の要否は原則以下のとおりとなります

記載事項	再認定（更新）時の診断書
診断書有（医療用1年目）	不要
診断書無（医療用2年目）	必要
診断書有（手帳用1年目）	不要
診断書無（手帳用2年目）	必要

**【自己負担上限額】**  
 1医療機関1回受診あたりの自己負担上限額です。  
 \* 決定通知書（ピンクの用紙）に記載されている月額〇〇円は、受給者証に記載されている指定医療機関（診療所、病院、薬局等）の合計自己負担上限月額です