

京都府の自立支援医療受給者証をお持ちで、上限額が2万円の方へ

経過的特例の延長が決定されました！！

自立支援医療受給者証（精神通院）				指定医療機関名	
公費負担者番号				名称	所在地・電話番号
21266010				〇〇病院	〇〇市△△町5-6-7
自立支援医療費受給者番号					07XX-XX-XXXX
2244668				△△薬局	〇〇市△△町6-78
					07XX-XX-XXXX
受診者	フリガナ	花子 けいこ			
	氏名	京都 花子			
	生年月日	昭和 XX 年 XX 月 XX 日	性別	女	
	住所	〇〇市△△町1-2-3			
	被保険者証の記号及び番号	0123 4567	保険者名	<input type="checkbox"/> 健康保険組合	
	重度かつ継続	該当	確認方法	医療用診	
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）	フリガナ				
	氏名				
	住所				
障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自己負担上限額	月額	20,000 円	負担割合	1割	
有効期限	平成29年12月1日 から		平成30年11月30日	まで	
備考	ただし、経過的特例が延長されなかった場合、本証の有効期限は平成30年3月31日までです。				
上記及び次頁のとおり認定する。					
平成30年XX月XX日					
京都府知事					

こちらの有効期限までお使いいただけます！！

こちらの期限は無視してください。

指定医療機関のみなさま

特例延長に伴う新しい受給者証の発行はありませんので、上記を参考に、従来どおりのご対応をよろしくお願いいたします。