

様式第5-1号

様式第5号1

自立支援医療受給者証（精神通院）				支給要件の確認方法	
公費負担者番号					
自立支援医療費受給者番号					
受 診 者	フリガナ			生年月日	
	氏 名			(年号) 年 月 日	
	フリガナ				
	住 所				
	被保険者証の記号及び番号			保険者名	
重度かつ継続				該当 ・ 非該当	
保 護 者 （ 受 診 者 が 1 8 歳 未 満 の 場 合 記 入 ）	フリガナ				続柄
	氏 名				
	フリガナ				
	住 所				
指 定 医 療 機 関 名	病院・診療所			所在地・電話番号	
	薬 局			所在地・電話番号	
	訪問看護事業者			所在地・電話番号	
自己負担上限額		月額		円	
有効期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
上記のとおり認定する。					
令和 年 月 日		福島県知事		印	

用紙の大きさは日本産業規格B列8番とする

様式第5-2号～第8号 (略)

様式第5-1号

様式第5号1

自立支援医療受給者証（精神通院）				支給要件の確認方法	
公費負担者番号					
自立支援医療費受給者番号					
受 診 者	フリガナ			性別	生年月日
	氏 名			男・女	(年号) 年 月 日
	フリガナ				
	住 所				
	被保険者証の記号及び番号			保険者名	
重度かつ継続				該当 ・ 非該当	
保 護 者 （ 受 診 者 が 1 8 歳 未 満 の 場 合 記 入 ）	フリガナ				続柄
	氏 名				
	フリガナ				
	住 所				
指 定 医 療 機 関 名	病院・診療所			所在地・電話番号	
	薬 局			所在地・電話番号	
	訪問看護事業者			所在地・電話番号	
自己負担上限額		月額		円	
有効期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
上記のとおり認定する。					
令和 年 月 日		福島県知事		印	

用紙の大きさは日本産業規格B列8番とする

様式第5-2号～第8号 (略)