

平成18年4月1日から始まった自立支援医療には、更生医療、精神通院医療、育成医療があります。費用負担の考え方については共通となりましたが、医療を受給する期間については、原則として3か月以内、最長でも1年以内と、疾病の状況によって異なります。

自立支援医療を受給されている人には、「自立支援医療受給者証」が交付されていますので、受給者証の有効期間の欄を見て、有効期間を確認してください。

継続して自立支援医療を受給される人は、支給認定の有効期間が満了する日の概ね3か月前から行うことができます。

○申請窓口

- ・更生医療、精神通院医療
町健康福祉課
☎9128
- ・育成医療
県南健康福祉センター健康福祉課
☎20488

○申請者が用意する書類等

- ・更生医療
(申請書・同意書は窓口にあります。)
①自立支援医療費支給認定申請書
②自立支援医療(更生医療)意見書
③被保険者証のコピー
④同意書
⑤自立支援医療費受給者証
⑥市町村民税非課税世帯の人については年金証書等の写し
⑦手帳
- ・精神通院医療
(申請書・同意書は窓口にあります。)
①自立支援医療費支給認定申請書
②医師の意見書
③被保険者証のコピー
④同意書
⑤自立支援医療費受給者証
⑥市町村民税非課税世帯の人については年金証書等の写し
⑦手帳
- ・育成医療
①自立支援医療費支給認定申請書
②自立支援医療(育成医療)意見書
③世帯・所得等が確認できるもの
※詳しくは、県南健康福祉センターにご確認ください。

認定証式第63号(第21条関係)

自立支援医療受給者証(更生医療)			
自治体別番号			
自立支援医療受給者番号			
フリガナ	性別	生年月日	
氏名	男・女		
フリガナ			
姓			
名			
住所	郵便番号		
〒			
市区町村	丁目	番	号
〒			
氏名	性別	生年月日	
フリガナ			
氏名			
フリガナ			
姓			
名			
住所	郵便番号		
〒			
市区町村	丁目	番	号
〒			
氏名	性別	生年月日	
フリガナ			
氏名			
フリガナ			
姓			
名			
住所	郵便番号		
〒			
市区町村	丁目	番	号
〒			
対象となる障害及び医療の 具体的内容	社会保険の対象 となる障害		
	医療の具体的な内容		
特定疾病診断書	有・無		
自己負担上限額	円		
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
上記のとおり認定する。			
年 月 日	上三川町長	印	

有効期間の確認
受給者証の有効期間の欄を
見て確認してください。

▼問い合わせ先=健康福祉課 社会福祉係 ☎9128