

受給者証への記載イメージ

1 育成医療

自立支援医療受給者証（育成医療）		自立支援医療受給者証（対象となる障害名及び医療の具体的方針）	
公費負担者番号		公費負担の対象となる障害	
自立支援医療費受給者番号		医療の具体的方針	
被保険者証の記号及び番号	保険者名		
受診者	氏名	重度かつ継続	業
	生年月日		
住所			
申請者	住所	訪看護	特定疾病療養受療証
	氏名		
指定育成医療機関	所在地		
	名称		
自己負担上限額	月額（経過措置適用後）2,500円		
有効期間			
交付年月日			
上記の者について、自立支援医療の支給を認定する。 年 月 日 京都市長			

自己負担上限額 月額（経過措置適用後）2,500円

2 更生医療

(一) 自立支援医療受給者証（更生医療）	(二) 公費負担の対象となる障害	(三) 指定医療機関名・所在地・電話番号
公費負担者番号	医療の具体的方針	病院・診療所
自立支援医療費受給者番号		
フリガナ	自己負担上限額 * 母 繰 * * * * * 母 * * * * * (経過措置適用後) 2,500円	業局
氏名		
生年月日	重度かつ継続 該当・非該当	訪問看護
住所	被保険者証の記号及び番号	
有効期間	保険者名	
自立支援医療の支給を認定する。 京都市長	<p>1 自立支援医療（更生医療）を受けようとするときは、必ず指定医療機関に、この受給者証を提示してください。</p> <p>2 医療保険の被保険者証、特定疾病療養受療証をお持ちの方は、指定医療機関にそれらの証を提示してください。</p> <p>3 京都市重度心身障害者医療費支給制度又は重度障害老人健康管理費支給制度を利用されている方は、自立支援医療（更生医療）の利用者負担のうち療養の給付に係る自己負担額がそれらの制度で支払われますので、重度心身障害者医療費受給者証又は重度老人健康管理事業対象者証（認定シール）を提示してください。</p>	

自己負担上限額 * 母 繰 * * * * * 母 * * * * * (経過措置適用後) 2,500円

3 精神通院

自立支援医療受給者証(精神通院)		
公費負担者番号	2 1 2 6 6 0 2 8	
自立支援医療受給者番号	8 8 8 8 8 8 8 8	
フリガナ	キョウトシタロウ	
氏名	京都市 太郎	
生年月日	昭和 55 年 05 月 21 日	
住所	〒 604 - 8571 京都市中京区上本能寺前町488番地	
被保険者証の 記号及び番号	京9999 000000	
保険者名	京都市	
重症かつ継続	該当	
保護者(受診者が 18歳未満の場合記入)	氏名	
	住所	
自己負担上限額 (経過措置適用後)	月額 1,300円 (令和 5 年 4 月 ~ 令和 6 年 3 月)	
精神障害者保健福祉手帳 交付番号	9999	
有効期限	令和 7 年 4 月 30 日	
更新時の診断書の提出	次回継続申請時、診断書の提出が必要です。	
備考		

病院・診療所 京都府京都市中京区壬生仙念町30 (075-314-0355)
有効期間 令和 5 年 4 月 11 日 から 令和 6 年 3 月 31 日 まで
上記のとおり認定する。 令和 5 年 5 月 30 日 京都市長

自己負担上限額 (経過措置適用後)	月額 1,300円 (令和 5 年 4 月 ~ 令和 6 年 3 月)
----------------------	-------------------------------------

4 障害者自立支援医療特別対策費

(一)	(二)	(三)
障害者自立支援医療特別対策事業受給者証 公費負担者番号 受給者番号 フリガナ 氏名 生年月日 住所 有効期間 支給認定日、支給認定市町村名及び印 京 都 市	公費負担の対象となる障害 対象医療 自己負担上限額 * 羽 額 * * * * * * * * * * 6 0 0 円 * * * * * (経過措置適用後) 一部負担金の割合 1割 ただし、上記自己負担上限額を上限とする。 被保険者証の記号及び番号 保険者名 ※この受給者証は、訪問看護及び京都府域外に所在する医療機関では利用できません。 (特記事項)	注意事項 1 「対象医療」欄に記載の医療を受けようとするときは、必ず医療機関(病院・診療所、薬局)に、この受給者証を提示してください。 なお、この受給者証は、「対象医療」欄に記載の医療にしか利用することはできません。 2 医療保険の被保険者証等をお持ちの方は、医療機関にそれらの証を提示してください。 3 この受給者証は、訪問看護及び京都府域外に所在する医療機関では利用できません。 なお、京都府域外に所在する医療機関(病院・診療所、薬局)で受診された場合は、療養費払い(償還払い)となります。

自己負担上限額	* 羽 額 * * * * * * * * * * 6 0 0 円 * * * * * (経過措置適用後)
---------	--