療養介護医療受給者証

公費負担者番号			
公費受給者番号			
支給決定障害者	居住地		
	フリガナ		生年月日
	氏　　名		
負担上限月額	療養介護医療（食事療養（生活療養）を除く）	月額　　円	
	食事療養（生活療養）	月額　　円	
適用期間	から　　まで		
交付年月日			
特記事項			
支給市町村名及び印	１４２１３３ 大 和 市 障がい福祉課 神奈川県大和市 鶴間1-31-7 046-260-5665		

注意事項欄

１　この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。
２　療養介護を受けようとするときは、必ずこの証に障害福祉サービス受給者証及びマイナ保険証（健康保険証利用登録がされたマイナンバーカードをいう。）等を添えて、指定療養介護事業所に提示してください。
３　療養介護医療の負担上限月額はこの証の負担上限月額欄に記載された金額が一月当たりの上限になります。（※医療型個別減免等の認定を受けた場合には減免後の額が表示されています。）
４　療養介護医療の負担上限月額は毎年利用者の収入等に応じて決定しますので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係書類を市町村に提出してください。
５　療養介護に係る介護給付費の支給決定期間を経過したときは、療養介護医療費の支給を受けられませんので、支給決定期間を経過する前に市町村にこの証を添えて、療養介護に係る介護給付費の支給の再申請をしてください。
６　この証の記載事項に変更があったときは、１４日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。
７　支給決定期間内に居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。
　また、支給決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、１４日以内に、この証を添えて、この証を交付した市町村に届け出てください。
８　この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。
　また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに、市町村に返してください。
９　受給者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を市町村に返してください。
10　不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。