第25号様式（第22条及び第24条関係）（表面）

自立支援医療受給者証（更生医療）

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			
	住　　所			
	加入医療保険の記号及び番号		保険者番号	
			保険者名	
	特定疾病療養受療の認定			
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	
重度かつ継続			自己負担上限額	
有効期間		から　　まで		

上記のとおり認定する。

令和 8年11月24日

大和市長

※ 人工透析を受ける方については、本受給者証と併せて特定疾病療養受療証、特定疾病区分が記載された資格確認書等を医療機関窓口に提出すること。

第25号様式（第22条及び第24条関係）（裏面）

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）	
公費負担の対象となる障害	
医療の具体的方針	
特記事項	