様式第3号(第3条関係)

|  |
| --- |
| **都留市　　　　　　　　【自動還付方式】****重度心身障害者医療費助成金受給資格者証** |
| ※この受給資格者証は、医療機関・薬局での医療費支払いが必要です。（自動還付） |
| 公費負担者番号 | **８** | **３** | **１** | **９** | **０** | **０** | **４** | **１** |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者等記号・番号 |  |
| 保険種別 |  |
| 保険者番号 |  |
| 受　給　者 | 住　　所 | 　 |  |
| 氏名 | 　 | 性別 |
|  |
| 生年月日 | 　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 有効期間 | 年　　　　　月　　　　　日　　か　ら年　　　　　月　　　　　日　　ま　で |
| 　　　　　　　　　　　　　都留市長　　　　　　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　　　〇〇〇　〇〇〇 |
| 交付年月日 | 　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |

＊色・黄色