## 自立支援医療(精神通院)をご利用の皆さまへ

**『自立支援医療受給者証（精神通院）』（以下『受給者証』という。）について**

・『受給者証』は、**公費負担を受けるために重要な書類**です。原則ご本人または保護者の方が所持し、医療機関・薬局等を利用される際に、**その都度ご提示してください。ご提示がない場合**には、**原則、公費負担を受けることができません。**大切に保管してください。

・**有効期間は『受給者証』に記載のとおり**です。ただし、**市外から転入**された方は、**前住所地で交付された『受給者証』の有効期間の期限まで**となります。

・**継続して利用を希望**される場合は、『受給者証』に記載されている**有効期間の終了する日の３カ月前から、お住まいの『区保健福祉センター健康課(健康づくり係)』で更新手続き**をお願いします。ご不明な点がありましたら、下記へお問い合わせください。

・『受給者証』に記載されている、**お名前、住所、健康保険、医療機関・薬局等に変更が生じる場合**には、速やかに**お住まいの『区保健福祉センター健康課(健康づくり係)』に届け出てください**。

**『自己負担上限額管理票』（以下『管理票』という。）について**

・『管理票』は、**『受給者証』に記載されている医療機関・薬局等をご利用**されて**お支払になった金額**を、その都度、**ご利用された医療機関・薬局等で書き入れてもらってください。**

・自立支援医療（精神通院）では、世帯の所得の状況等に応じて、**１カ月の自己負担上限額（自己負担上限額は、『受給者証』に記載されています。）を認定**しています。そのため、**『受給者証』に記載されている医療機関・薬局等で１カ月間に支払った医療費の累積額が、上限額に達した場合、それ以降、その月に支払う自己負担は、免除**になります。

【お問い合わせ先】
・ 東 区保健福祉センター健康課　645-1079
・博多区保健福祉センター健康課　419-1092
・中央区保健福祉センター健康課　761-7339
・ 南 区保健福祉センター健康課　559-5118
・城南区保健福祉センター健康課　831-4209
・早良区保健福祉センター健康課　851-6015
・ 西 区保健福祉センター健康課　895-7074

**受給者証と管理票は切り離さずにご利用ください。**

### 自己負担上限額管理票

年　　月分

下記の通り上限額に達しました

| 日付 | 医療機関名 |
|---|---|
| | |
| | |

| 日付 | 自己負担額 | 月間累積額 | 医療機関名 |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

### 自己負担上限額管理票

年　　月分

下記の通り上限額に達しました

| 日付 | 医療機関名 |
|---|---|
| | |
| | |

| 日付 | 自己負担額 | 月間累積額 | 医療機関名 |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

### 自己負担上限額管理票

年　　月分

下記の通り上限額に達しました

| 日付 | 医療機関名 |
|---|---|
| | |
| | |

| 日付 | 自己負担額 | 月間累積額 | 医療機関名 |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

### 自己負担上限額管理票

年　　月分

下記の通り上限額に達しました

| 日付 | 医療機関名 |
|---|---|
| | |
| | |

| 日付 | 自己負担額 | 月間累積額 | 医療機関名 |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

### 自己負担上限額管理票

年　　月分

下記の通り上限額に達しました

| 日付 | 医療機関名 |
|---|---|
| | |
| | |

| 日付 | 自己負担額 | 月間累積額 | 医療機関名 |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

# 自己負担上限額管理票

年　　月分

下記の通り上限額に達しました

| 日　付 |
|---|
| 医療機関名 |
| |
| |

| 日付 | 自己負担額 | 月間累積額 |
|---|---|---|
| 医療機関名 | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |


# 自己負担上限額管理票

年　　月分

下記の通り上限額に達しました

| 日　付 |
|---|
| 医療機関名 |
| |
| |

| 日付 | 自己負担額 | 月間累積額 |
|---|---|---|
| 医療機関名 | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

# 自己負担上限額管理票

年　　月分

下記の通り上限額に達しました

| 日　付 |
|---|
| 医療機関名 |
| |
| |

| 日付 | 自己負担額 | 月間累積額 |
|---|---|---|
| 医療機関名 | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

# 自己負担上限額管理票

年　　月分

下記の通り上限額に達しました

| 日　付 |
|---|
| 医療機関名 |
| |
| |

| 日付 | 自己負担額 | 月間累積額 |
|---|---|---|
| 医療機関名 | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

# 自己負担上限額管理票

年　　月分

下記の通り上限額に達しました

| 日　付 |
|---|
| 医療機関名 |
| |
| |

| 日付 | 自己負担額 | 月間累積額 |
|---|---|---|
| 医療機関名 | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

# 自己負担上限額管理票

年　　月分

下記の通り上限額に達しました

| 日　付 |
|---|
| 医療機関名 |
| |
| |

| 日付 | 自己負担額 | 月間累積額 |
|---|---|---|
| 医療機関名 | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |