

保護者 各位

自立支援医療（育成医療）受給者証の送付について

先に申請いただきました自立支援医療（育成医療）について、支給認定しましたので受給者証をお送りします。記載されている指定医療機関に提示して自己負担金の徴収を受けてください。

また、受給者証の裏面は受給者（又は保護者）が自己負担の累積額を管理するための負担限度額管理票です。

なお、注意事項と負担限度額管理票の使用方法をご確認ください。

子ども医療費助成及びひとり親家庭等医療費助成を受ける場合は、医療機関の窓口で医療証及び資格証を提示していただくと、窓口でのお支払が通院の場合は1日500円、入院の場合は1か月1,000円となります。

**注意事項**

- ※1 記載以外の医療機関や薬局では使えません。  
院外処方のため薬局を追加したい場合は、ご利用前に変更申請が必要です。  
受給者証と印鑑をお持ちになり福祉健康センターで手続きしてください。
- ※2 自立支援医療は医療費の1割が自己負担額ですが、世帯の市町村民税額（所得割）に基づき負担上限月額が設定されます。負担限度額管理票で自己管理してください。
- ※3 入院前の検査通院や入院時の食費は対象外です。
- ※4 認定期間は原則として3ヶ月となります。
- ※5 子ども医療費助成及びひとり親家庭等医療費助成の対象となる方は、金沢市ホームページ（健康・福祉・子ども>健康・医療・衛生>子どもなどの医療費助成>子育て支援医療費助成制度）をご参照ください。
- ※6 指定医療機関にも支給認定についてお知らせしています。

**負担限度額管理票の使用方法**

金額は保護者または医療機関で記入、徴収印および確認印は医療機関・薬局で捺印をもらいます。

令和●●年●月分自己負担上限額管理票

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累積額	自己負担額徴収印
③ 18日	〇〇病院			印
① 3日	〇〇病院	5,800円	5,800円	印
② 18日	〇〇病院	4,200円	10,000円	印
日				
日				

<例>負担上限月額が10,000円の場合

- ① 3日に5,800円を支払い、徴収印をもらいます。
- ② 18日の1割負担が5,800円の場合、月額上限10,000円までの4,200円を支払います。
- ③ 月額上限の10,000円に達したので、確認印をもらいます。以降、同月内の自己負担金はありません。（公費負担します。）

◇上限額を超えて支払った場合は、償還できませんので、注意してください。

金沢市保健所地域保健課 担当 村上  
〒920-8533 金沢市西念3-4-25  
TEL (076) 234-5116 FAX (076) 234-5104