

# お持ちの受給資格者証のご提示をお願いします

## A. 重度心身障害者医療受給資格者証

| さつま町 重度心身障害者<br>医療費助成金受給資格者証 |                     |          |      |
|------------------------------|---------------------|----------|------|
| 番 号                          | 第 0 0 * * * * * * 号 |          |      |
| 対象者                          | 氏 名                 | さつま 太郎   | 性別 男 |
|                              | 生年月日                | 平成 年 月 日 |      |
|                              | 住 所                 | さつま町     | 番地   |
| 保護者                          | 氏 名                 |          |      |
|                              | 住 所                 |          |      |
| 医療保険                         | 記 号                 | 番号       | 第 号  |
|                              | 被保険者氏名              |          |      |
|                              | 保険者名称               |          |      |
| 発行機関名                        | さつま町                |          |      |
| 資格開始日                        | 平成 年 月 日            |          |      |
| 平成30年 8月 1日交付                |                     |          |      |
| 鹿児島県さつま町長                    |                     |          |      |

対象年齢：0歳～

## B. ひとり親家庭等医療受給資格者証

| ひとり親家庭等医療費受給資格者証 |        |                 |               |       |
|------------------|--------|-----------------|---------------|-------|
| 受給資格者番号          |        | * * * * * * * * |               |       |
| 申請者              | 氏 名    | さつま 花子          |               |       |
|                  | 住 所    | さつま町            | 番地            |       |
| 受給者              | 氏 名    | 性別              | 続柄            | 生年月日  |
|                  | さつま 花子 | 女               | 本人            | S . . |
|                  | さつま 太郎 | 男               | 子             | H . . |
| 受給期間             |        | 自               | 平成30年 8月 1日から |       |
|                  |        | 至               | 平成31年 7月31日まで |       |
| 平成30年 8月 1日交付    |        |                 |               |       |
| 鹿児島県さつま町長 日高 政勝  |        |                 |               |       |

対象年齢：0歳～18歳(高校卒業相当),  
保護者

## C. 子ども医療費受給資格者証

| さつま町子ども医療費助成金受給資格者証 |             |          |
|---------------------|-------------|----------|
| 市町村番号               | 事業番号        | 受給資格者証番号 |
| フリガナ                | サツマル        | タロウ      |
| 氏名                  | さつま 太郎      |          |
| 生年月日                | 平成 年 月 日    |          |
| 住 所                 | さつま町        | 番地       |
| 受給資格者               |             |          |
| 保険証記号番号             |             |          |
| 保険者名称               |             |          |
| 有効期限                | さつま町長 日高 政勝 |          |

対象年齢：0歳～18歳 (高校卒業相当)

## D. 子ども医療給付受給資格者証

| 子ども医療給付受給資格者証         |                 |            |
|-----------------------|-----------------|------------|
| 有効期間                  | 自               | 平成30年10月1日 |
|                       | 至               | 平成31年7月31日 |
| 公費負担者番号<br>(一部負担金:0円) | * * * * * * * * |            |
| 受給者番号                 | * * * * * * *   |            |
| 受給資格者                 | 氏 名             | さつま 一郎     |
|                       | 住 所             | さつま町 番地    |
| 子ども                   | (ふりがな)          | さつま たろう    |
|                       | 氏 名             | さつま 太郎     |
|                       | 生 年 月 日         | 平成 年 月 日   |
| 医療保険                  | 住 所             |            |
|                       | 被保険者氏名          |            |
|                       | 保険証記号・番号        |            |
|                       | 保 険 者 名         |            |
| 附加給付の有無               |                 |            |
| 鹿児島県さつま町長             |                 |            |

対象年齢：0歳～6歳 (小学校就学前)

**ご提示いただかなかった場合は、  
各制度の助成を受けることが出来ないこ  
とがありますので、必ずご提示ください。  
ご協力をお願いいたします。**

各制度を複数受給している方の適用優先順位

**D > A > B > C**

受給資格者証は有効期間を設定しています。  
期限内であるか必ずご確認ください。