

《受給資格者の皆様へ》

重度心身障害者医療費助成
当院では平成 年 月診療分から

『自動償還払い』

の取扱いをいたします

「受給者資格者証」の提示をお願いします。

希望される方は
窓口でご確認ください。



重度心身障害者医療費受給資格者証			
記号	番号		
郡山	山		
受給者氏名	年 月 日生	性別	
郡山市		男	
保護者氏名		女	
有効期間	平成 年 月 日から		
平成 年 月 日まで			
発行機関名及び印			
福島県			
郡山市長			
平成 年 月 日交付			

重度心身障害者医療費受給資格者証			
記号	番号		
郡山	山		
受給者氏名	年 月 日生	性別	
郡山市			
保護者氏名			
有効期間	平成 年 月 日から		
平成 年 月 日まで			
発行機関名及び印			
福島県			
郡山市長			
平成 年 月 日交付			

※今までどおりの申請方法（医療機関等から証明を受けること）もできます。

市の窓口にて重度心身障害者医療費助成申請書を提出しなくても、医療機関等からの報告により診療月の翌々月末に医療費の助成金が振り込まれます。

※一部対象外があります。

今までどおり、
窓口でのお支払いは
必要です。

お問い合わせ先

【身体障害者手帳・療育手帳】

郡山市保健福祉部障がい福祉課 TEL 024 (924) 2381

【精神障害者保健福祉手帳】

郡山市保健所地域保健課 TEL 024 (924) 2163

