

京 都 市

月額自己負担上限額 円

下表のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日 付	上限額に達したことを確認した医療機関等の名称	医療機関等 の認印
月 日		

[illegible]

受診者氏名

年 月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額 円

下表のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日 付	上段欄に述べたことを確認した医療機関等の名称	医療機関等 確認印
月 日		

[illegible]

年 月分自己負担上限額管理票

月間自己負担上限額 円

下表のとおり月額自己負担上限額に達した。

日 付	上限額に達したことを確認した医療機関等の名称	医療機関等 確認印
月 日		

[illegible]

年 月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額 円

下表のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日 付	上図欄に通したことを確認した医療機関等の名称	医療機関等 確認印
月 日		

[illegible]

年 月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額 円

下表のとおり月額自己負担上限額に達した。

日 付	上図欄に達したことを確認した医療機関等の名称	医療機関等 確認印
月 日		

[illegible]

年 月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額 円

下表のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日 付	上取額に達したことを確認した医療機関等の名称	医療機関等 確認印
月 日		

[illegible]

年 月分自己負担上限額管理票

月租自己負担上限額 **円**

下表のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日 付	上限額に達したことを確認した医療機関等の名称	医療機関等 確認印
月 日		

[illegible]

年 月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上図額 _____ 円

下表のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日 付	上段欄に達したことを確認した医療機関等の名称	医療機関等 確認印
月 日		

[illegible]

注意事項

- 1 この管理票は、障害者総合支援法に基づく自立支援医療の支給を受けた場合の窓口（デイ・ケア、薬局、訪問看護ステーション等を含む）での支払額を管理するためのものです。
- 2 お持ちの自立支援医療受給者証に自己負担上限額（月額）が設定されている方は、受給者証に記載された指定医療機関を利用される場合に、この管理票を窓口（デイ・ケア、薬局、訪問看護ステーション等を含む）で提示してください。
- 3 月間自己負担額累積額が自己負担上限額（月額）に達するまで、受診、処方ごとに、医療機関等で、日付、医療機関等の名称、医療費の自己負担額、月間自己負担額累積額の記入及び確認印の押印を受けてください。
- 4 月間自己負担額累積額が自立支援医療受給者証に記載された自己負担上限額に達した場合は、医療機関等で、上限額に達した日付、医療機関等の名称の記入及び確認印の押印を受けてください。
- 5 自己負担上限額（月額）を超える自己負担額については、公費負担となります。
- 6 京都市重度心身障害者医療費支給制度等の制度により、自己負担額が支給される方は、窓口の支払いはありませんが、医療機関側で、これらの制度の支給額を確認する必要があります。公費負担分を記載させていただきますので、窓口に、この管理票を提示してください。
- 7 この管理票は、なくさないよう大切に持っていてください。万一、なくされた場合は、速やかに管轄保健福祉センターで再交付を受けてください。